

Anna Więcek-Durańska\*

## Orzekanie i wykonywanie środka zabezpieczającego wobec sprawców przestępstw seksualnych wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych

### WPROWADZENIE

Celem niniejszego raportu jest przedstawienie polityki orzeczniczej sądów, jak również sposobów wykonywania orzeczonych środków zabezpieczających wobec sprawców, u których stwierdzono zaburzenia preferencji seksualnych. Badanie zostało zlecone przez Departament Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości.

Przepisy związane z systemem środków zabezpieczających zostały niedawno całkowicie przemodelowane<sup>1</sup>. Zgodnie z nowelizacją kodeksu karnego<sup>2</sup> dotychczasowe przepisy z rozdziału o środkach zabezpieczających począwszy od art. 92 do art. 100 zostały uchylone, a zastąpiły je nowe regulacje prawne zawarte w art. 93a–93g.

Analizowany w niniejszym opracowaniu przepis dotyczący stosowania środków zabezpieczających, określony w art. 95a § 1 k.k. – obowiązywał od roku 2010<sup>3</sup> do 2015<sup>4</sup>. Jego wprowadzenie poprzedzone było burzliwą debatą nie tylko w środowisku naukowym i prawniczym. Problematyka ta – niewątpliwie społecznie kontrowersyjna – była również szeroko komentowana w mediach. Największą uwagę przykuły rozwiązania polegające na wprowadzeniu farmakologicznej terapii obniżającej popęd płciowy sprawcy, zwanej również kastracją chemiczną.

Kwestia stosowania środków zabezpieczających wobec sprawców przestępstw o charakterze seksualnym wydaje się obecnie szczególnie ważna ze względu na fakt, iż od 2013 r., a więc 3 lata po wprowadzeniu tychże unormowań, zakłady karne opuścili już pierwsi sprawcy przestępstw o takim charakterze, wobec których na podstawie ówczesnie obowiązującego art. 95a § 1 k.k. (obecnie art. 93c § 3 k.k.) sąd orzekł umieszczenie w zakładzie zamkniętym lub podjęcie terapii w warunkach ambulatoryjnych.

\* Mgr Anna Więcek-Durańska jest starszym specjalistą badawczo-technicznym w Instytucie Wymiaru Sprawiedliwości oraz doktorantką na Uniwersytecie Humanistycznospołecznym SWPS na kierunku psychologia.

<sup>1</sup> K. Janczukowicz, *Kodeks karny. Omówienie zmian wprowadzonych ustawą z 20.02.2015 r. o zmianie ustawy – kodeks karny oraz niektórych innych ustaw*, LEX/el. 2015.

<sup>2</sup> Dz. U. 2015.396.

<sup>3</sup> Ustawa z 5.11.2009 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy, ustawy – Kodeks karny skarbowy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 206, poz. 1589), która weszła w życie 8.06.2010 r.

<sup>4</sup> Dz. U. 2015.396.

Analizie poddano zarówno orzekanie tego środka zabezpieczającego, jak i praktykę jego wykonywania. W szczególności zwrócono uwagę na zgodność stosowanych procedur z obowiązującymi regulacjami prawnymi, w tym także na utrudnienia w wykonywaniu niniejszego środka. W tak poważnych przestępstwach – godzących, bowiem w wolność seksualną osób pokrzywdzonych – nie można było pominąć roli ofiary w toczącym się postępowaniu karnym i wykonawczym, szczególnie że w większości przypadków są nimi osoby małoletnie. Istotna jest również kwestia traktowania sprawców, gdyż ze względu na charakter czynu, którego dokonali i zaburzenia, które wykazują, narażeni są oni na odwetowe reakcje nie tylko ze strony społeczeństwa, ale również ze strony organów ścigania i całego wymiaru sprawiedliwości.

### 1. Uregulowania prawne dotyczące wykonywania środka zabezpieczającego wobec sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych

Jak już wspomniano, przepis dotyczący stosowania środków zabezpieczających wobec sprawców przestępstw seksualnych wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych w obecnym brzmieniu wprowadzony został w lutym 2015 r., a obowiązuje od 1.07.2015 r. Aby móc lepiej uchwycić i zrozumieć proces tworzenia aktualnie obowiązujących przepisów w zakresie stosowania środków zabezpieczających, warto sięgnąć do początków ich powstawania. Jak wskazuje się w literaturze przedmiotu, istotna i zasadnicza zmiana dotycząca wykonywania środków zabezpieczających nastąpiła 26.09.2005 r.<sup>5</sup> i była związana z wprowadzeniem do kodeksu karnego nowego środka zabezpieczającego, polegającego na umieszczeniu skazanego po odbyciu przez niego kary bezwzględnego pozbawienia wolności w zakładzie zamkniętym lub skierowaniu go na leczenie ambulatoryjne<sup>6</sup>. Środek ten mógł zostać orzeczony przez sąd w sytuacji, gdy:

- sprawca został skazany za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej,
- sprawca został skazany na karę bezwzględnego pozbawienia wolności,
- przestępstwo popełnione zostało w związku z zakłóceniami czynności psychicznych o podłożu seksualnym (innym jednak niż choroba psychiczna).

W literaturze podkreśla się jednak, że wprowadzone przepisy nie zostały poparte odpowiednimi zmianami w kodeksie karnym wykonawczym w części dotyczącej wykonywania środków zabezpieczających. Ów brak prawidłowych rozwiązań spowodował zamieszanie w kwestiach stosowania ww. środka i w praktyce uniemożliwił jego prawidłowe funkcjonowanie<sup>7</sup>.

Aby doprecyzować sposoby wykonywania tego środka, jak również usunąć wątpliwości związane z jego warstwą interpretacyjną, zmodyfikowano treść art. 95a

<sup>5</sup> Jest to data wejścia w życie przepisu dodanego przez art. 1 pkt 12 ustawy z 27.07.2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego i ustawy – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 163, poz. 1363).

<sup>6</sup> K. Postulski, *Nowe zasady wykonywania przez sąd środka zabezpieczającego określonego w art. 95a kodeksu karnego*, „Prokuratura i Prawo” 2010/10.

<sup>7</sup> Zob. J. Malec, *Problemy związane ze środkiem zabezpieczającym wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2006/50, s. 43; J. Warylewski, *Reakcja karna na przestępstwa seksualne*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2007/54, s. 38.

§ 1 k.k. W rozdziale XIII kodeksu karnego wykonawczego dodano ponadto odpowiednie przepisy mające za zadanie regulację sposobu i trybu jego wykonywania.

Według art. 95a § 1 k.k. sąd mógł zastosować środek zabezpieczający wobec sprawcy, który:

- popełnił przestępstwo przeciwko wolności seksualnej,
- dokonał ww. czynu w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych,
- skazany został na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania.

Sąd mógł orzec umieszczenie skazanego, po odbyciu kary pozbawienia wolności, w zakładzie zamkniętym lub skierować go na leczenie w warunkach ambulatoryjnych, w celu przeprowadzenia terapii farmakologicznej lub psychoterapii, aby zapobiec popełnieniu przez niego podobnego przestępstwa w przyszłości.

Orzeczenie o umieszczeniu takiego skazanego w zakładzie zamkniętym lub skierowanie go na leczenie ambulatoryjne mogło mieć charakter fakultatywny lub obligatoryjny.

**Obligatoryjne zastosowanie środka zabezpieczającego** w postaci umieszczenia w zakładzie zamkniętym lub leczenia w warunkach ambulatoryjnych miało miejsce wtedy, gdy sprawca został skazany za przestępstwo określone w art. 197 § 3 pkt 2 lub 3 k.k. W pozostałych przypadkach (gdy było to inne przestępstwo przeciwko wolności seksualnej) sąd, na podstawie istniejących przesłanek – bądź ich braku – podejmował decyzję o potrzebie zastosowania ww. środka.

Ustawodawca przewidział więc szczególną ochronę małoletnich poniżej 15. roku życia (art. 197 § 3 pkt 2 k.k.) oraz ofiar zgwałceń, w których sprawcą była osoba blisko spokrewniona – ojciec, brat, dziadek (art. 197 § 3 pkt 3 k.k.).

Artykuł 95a § 2 k.k. regulował natomiast kwestie związane z czasem dokonywania weryfikacji potrzeby zastosowania środka zabezpieczającego oraz sposobu jego wykonywania. Ustawodawca określił, że ustalenie takie ma być dokonywane w okresie do 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem skazanego lub wykonaniem przez niego kary w całości. W czasie tym sąd weryfikował potrzebę stosowania środka zabezpieczającego i jeżeli ją stwierdził, to zwracał się do Krajowego Ośrodka Seksuologii Sądowej w Gostyninie w celu wydania opinii i wskazania miejsca, w którym orzeczony środek zabezpieczający miał być wykonywany (zarówno w warunkach izolacyjnych, jak i wolnościowych).

Również na tym etapie możliwa była zmiana sposobu wykonywania orzeczonego środka zabezpieczającego: sąd mógł zarządzić umieszczenie skazanego w zakładzie zamkniętym lub odwrotnie, orzec zmianę zakładu zamkniętego na leczenie w warunkach ambulatoryjnych.

Na późniejszym etapie, podczas wykonywania orzeczonego środka, również możliwa była zmiana sposobu jego wykonywania. Szczególna sytuacja miała miejsce, gdy skazany uchylał się od leczenia ambulatoryjnego – sąd mógł wtedy zarządzić umieszczenie w zakładzie zamkniętym. Nieco inna sytuacja dotyczyła tych sprawców, wobec których orzeczono zakład zamknięty – jeżeli istniały ku temu przesłanki, np. pozytywna prognoza dotycząca ich prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie (niskie ryzyko ponownego popełnienia podobnego przestępstwa), sąd mógł zmienić sposób wykonywania środka zabezpieczającego z izolacyjnego na leczenie ambulatoryjne.

Obecne rozwiązania dotyczące stosowania środków zabezpieczających, w tym również wobec sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych, znalazły się w rozdziale X kodeksu karnego dotyczącym środków zabezpieczających w art. 93a–93g.

*Novum* stanowi umieszczenie wszystkich środków zabezpieczających w jednym katalogu. Zabieg ten miał na celu przede wszystkim ujednoczenie oraz uporządkowanie tych środków poprzez poddanie ich wspólnym zasadom stosowania<sup>8</sup>. Środki te bowiem, zdaniem ustawodawcy, służyć mają przede wszystkim zabezpieczeniu społeczeństwa przed zagrożeniem porządku prawnego przez sprawców, których nie można ukarać, lub takich, wobec których istnieje duże prawdopodobieństwo, iż pomimo ukarania w dalszym ciągu będą popełniać czyny niezgodne z prawem<sup>9</sup>.

Według art. 93c k.k. środek zabezpieczający można orzec wobec sprawcy<sup>10</sup>:

- co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k.;
- w razie skazania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k.;
- w razie skazania za przestępstwo określone w art. 148, 156, 197, 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1 k.k. popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych;
- w razie skazania na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX (przeciwko życiu i zdrowiu), XXIII (przeciwko wolności), XXV (przeciwko wolności seksualnej i obyczajności) lub XXVI (rodzinie i opiece) popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia;
- w razie skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka.

Z punktu widzenia obowiązujących od lipca 2015 r. przepisów odnoszących się do środków zabezpieczających stosowanych wobec sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych podkreślić należy, że szereg z nich nie stanowi *novum*, są to bowiem przepisy, które obowiązywały w odniesieniu do uchylonych już regulacji. Odnosi się to m.in. do czasu trwania orzeczonego środka. Zarówno uchylone, jak i obowiązujące uregulowania wskazywały, że są to środki orzekane bezterminowo ze względu na fakt, iż nie jest możliwe określenie z góry ich czasu trwania (art. 93d § 1 k.k.).

Rozszerzony został ponadto katalog przestępstw, za popełnienie których – w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych – zastosować można środek zabezpieczający o przestępstwa z art. 148 k.k. (zabójstwo) oraz art. 156 k.k. (spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu).

Nie uwzględniono natomiast czynów z katalogu przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności takich jak: art. 199 § 3, art. 200 § 3, art. 200a.

<sup>8</sup> K. Janczukowicz, *Kodeks karny. Omówienie zmian...*

<sup>9</sup> *Ibidem*

<sup>10</sup> Dz. U. 1997.88.553 ze zm.

201. 202 k.k. popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Zauważyć należy, że – w myśl nowych przepisów – środek zabezpieczający można orzec wobec sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych (według przytoczonego wcześniej katalogu przestępstw) niezależnie od tego, na jaką karę zostali skazani, a więc również wtedy, gdy nie skazano ich na karę pozbawienia wolności<sup>11</sup>.

Zlikwidowano obligatoryjny charakter stosowania środków zabezpieczających w sprawach o przestępstwa z art. 197 § 3 pkt 2 i 3 k.k. Zmiana ta wydaje się korzystna, gdyż – jak wynika z poniższych ustaleń – środek ten stosowany był niekiedy wobec sprawców przestępstw niewykazujących zaburzeń preferencji seksualnych. Czyny pedofilne dokonywane były przez osoby spokrewnione (ojciec, dziadek), ryzyko ich powtórnego popełnienia było wysokie, lecz wynikało ono z uzależnienia sprawcy od alkoholu, a nie zaburzeń natury psychicznej.

Utrzymane zostało rozwiązanie, zgodnie z którym to sąd ustala potrzebę i możliwości wykonywania orzeczonego środka. Ustawodawca podkreślił jednak, że może to mieć miejsce nie wcześniej niż 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub odbyciem kary pozbawienia wolności (aktualnie art. 93d uchylony art. 95a § 2 k.k.).

Podtrzymana została zasada, że środek zabezpieczający, polegający na umieszczeniu sprawcy w zakładzie psychiatrycznym, może zostać uchylony, a w zamian zastosowane mogą być inne, łagodniejsze środki. Według nowych regulacji mogą to być: elektroniczna kontrola miejsca pobytu, terapia czy terapia uzależnień. Wprowadzono również możliwość orzeczenia wobec tego samego sprawcy więcej niż jednego środka zabezpieczającego (art. 93b § 4 k.k.).

Nowym rozwiązaniem jest możliwość orzeczenia środków zabezpieczających wobec sprawcy, który odbywa już karę pozbawienia wolności, lecz nie można tego zrobić wcześniej niż na 6 miesięcy przed przewidywanym końcem kary lub warunkowym zwolnieniem (art. 93d § 3 k.k.). W zakresie stosowania środków zabezpieczających wprowadzono art. 93d § 6 k.k., w myśl którego, jeżeli zachowanie sprawcy po uchyleniu środka zabezpieczającego wskazuje, że zachodzi konieczność ponownego stosowania środków zabezpieczających, sąd – nie później niż w ciągu 3 lat od uchylenia tego środka – może ponownie orzec ten sam lub inny środek zabezpieczający.

Pozornie nowym rozwiązaniem wydaje się być wprowadzenie art. 93f k.k. Przepis ten jest jednak tylko zmodyfikowanym odpowiednikiem poprzednich unormowań odnoszących się do leczenia ambulatoryjnego. Ponadto na sprawcę nałożono obowiązek stawiennictwa we wskazanej przez sąd placówce, w terminach wyznaczonych przez lekarza psychiatrę, seksuologa lub terapeutę i poddania się terapii farmakologicznej zmierzającej do osłabienia popędu seksualnego, psychoterapii lub psychoedukacji w celu poprawy jego funkcjonowania w społeczeństwie.

Podkreślenia wymaga jednak fakt, iż w uchylonych już przepisach istniał zapis, według którego terapia farmakologiczna nie mogła zostać zastosowana wobec skazanych, których mogłaby narazić na utratę życia lub zdrowia (art. 95a § 1 k.k.).

<sup>11</sup> Uzasadnienie projektu nowelizacji, dostępne na stronie: <http://www.law.uj.edu.pl/~kpk/strona/wp-content/uploads/2015/01/Druk-2393-wersja-pierwotna-uzasadnienie.pdf>.

– uchylony). W aktualnych rozwiązaniach prawnych brak jest zaś jakiegokolwiek wzmianki na ten temat, co wydaje się istotnym uchybieniem.

W art. 93d § 4 k.k. ustawodawca mówi, że jeżeli wobec sprawcy wykonywana jest kara pozbawienia wolności – niezależnie od jej wymiaru – orzeczone środki zabezpieczające (art. 93a § 1 pkt 1–3 k.k.) stosuje się po odbyciu przez skazanego kary lub uzyskaniu przez niego warunkowego przedterminowego zwolnienia.

Nowe jest wprowadzenie przepisu art. 93g § 3 k.k., według którego, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że skazany popełni przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym.

Kwestie związane z kontrolą przebiegu oraz potrzeby dalszego stosowania środków zabezpieczających, w tym również wobec sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych, weryfikuje się nie rzadziej niż co 6 miesięcy (a w praktyce raz na 6 miesięcy). Według art. 203 k.k.w. nie rzadziej niż co 6 miesięcy kierownik placówki, w której wykonywany jest środek, przesyła do sądu opinie o stanie zdrowia skazanego oraz o jego postępach w leczeniu lub terapii. Na podstawie przesłanej opinii, w myśl art. 204 k.k.w., sąd nie rzadziej niż co 6 miesięcy zobowiązany jest do orzekania w przedmiocie dalszego stosowania danego środka.

W znowelizowanych przepisach ustawodawca przewidział również możliwość żądania przez sąd w każdym czasie opinii o stanie zdrowia i stosowanym leczeniu lub terapii oraz jej wynikach w odniesieniu do sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym.

## **2. Placówki realizujące środki zabezpieczające wobec sprawców przestępstw seksualnych wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych**

Kluczową rolę w kierowaniu sprawców przestępstw seksualnych do odpowiednich placówek terapeutycznych w celu podjęcia przez nich lub kontynuowania procesu terapeutycznego (psychoterapeutycznego lub farmakoterapii) pełni Krajowy Ośrodek Seksuologii Sądowej (zwany również w niniejszym opracowaniu Ośrodkiem). Został on utworzony na bazie Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie. Jego powstanie miało przede wszystkim na celu usprawnienie i przyśpieszenie procedury kierowania sprawców przestępstw seksualnych, u których stwierdzono zaburzenia preferencji seksualnych, do odpowiednich placówek lecznictwa ambulatoryjnego lub zamkniętego.

Główne zadania Krajowego Ośrodka Seksuologii Sądowej określone zostały w art. 201 § 1a k.k.w. i koncentrują się wokół zagadnień związanych z orzecznictwem sądowo-seksuologicznym. Sąd, wykonując orzeczenie o zastosowaniu środka zabezpieczającego określonego w art. 95a § 1 k.k. – obecnie art. 93c pkt 3 k.k. – zwraca się o opinię do Krajowego Ośrodka Seksuologii Sądowej o wskazanie zakładu zamkniętego lub placówki, w której sprawca ma odbywać leczenie w warunkach ambulatoryjnych. Opiniowanie dokonywane przez Ośrodek odbywa się w oparciu o jednorazowe badanie ambulatoryjne lub po przeprowadzeniu obserwacji psychiatrycznej w warunkach całodobowego pobytu szpitalnego.

Wskazanie miejsca wykonywania środka zabezpieczającego dokonywane jest na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów



zamkniętych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej, a także ich pojemności i warunków zabezpieczenia oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej<sup>12</sup>.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia odnoszące się do zakładów zamkniętych określa wykaz oraz pojemność tychże placówek, z uwzględnieniem różnych poziomów zabezpieczenia. Wyróżnić można trzy stopnie zabezpieczeń: podstawowe, wzmocnione oraz maksymalne – ze względu na odpowiednie zaplecze techniczne (np. drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające sprawcom samowolne opuszczenie zakładu; system monitoringu umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, sal czy izolatek; teren otoczony gładkim murem, o wysokości co najmniej 5,5 metra itp.).

Wyodrębnione zostały 32 placówki przeznaczone do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach zabezpieczenia podstawowego z łączną liczbą 659 łóżek na oddziałach ogólnopsychiatrycznych.

Dla każdego z województw wyznaczona została co najmniej 1 placówka, mająca za zadanie wykonywać środki zabezpieczające w warunkach podstawowego zabezpieczenia<sup>13</sup>. Na terenie województw, w których działał więcej niż jeden zakład tego typu, podziału obszaru działania dokonano w oparciu o powiaty będące miejscami zamieszkania skazanych.

W odniesieniu do placówek przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia przewidziano 14 takich zakładów, dysponujących łącznie 565 miejscami.

Interesujące jest to, że na terenie kilku województw (por. tabela 1) nie zostały wyznaczone przystosowane do tego typu działalności zakłady zamknięte, natomiast na terenie innych wyznaczonych zostało ich więcej niż jeden.

Ze względu na charakter zabezpieczeń oraz odpowiednią liczbę wykwalifikowanej kadry przygotowanej do pracy z „najtrudniejszymi przypadkami” wyznaczone zostały ponadto trzy zakłady psychiatryczne przeznaczone do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach maksymalnego zabezpieczenia. Zakłady te pełnią również funkcje Regionalnych Ośrodków Psychiatrii Sądowej (ROPS) i dysponują łącznie 209 miejscami.

Podkreślić jednak należy, że przedstawione powyżej limity miejsc dotyczą wszystkich, wobec których zastosowano środek zabezpieczający w postaci zakładu zamkniętego, nie tylko tych wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych.

W obrębie specjalistycznego lecznictwa wyodrębniono również placówkę przeznaczoną do wykonywania środków zabezpieczających dla kobiet. Jej obszar działania obejmuje cały kraj i dysponuje łącznie 35 miejscami.

W ramach wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 95a § 1 k.k. wyodrębniono 3 placówki przeznaczone do lecznictwa w warunkach zamkniętych z łączną liczbą 50 miejsc, mieszczące się w Kłodzku (20 miejsc),

<sup>12</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15.11.2010 r. (Dz. U. Nr 230, poz. 1520 ze zm.); rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15.11.2010 r. (Dz. U. Nr 230, poz. 1519 ze zm.).

<sup>13</sup> Wyjątek stanowi województwo zachodniopomorskie.

Starogardzie Gdańskim (20 miejsc) oraz Choroszczy (10 miejsc). Poniżej przedstawiono liczbę placówek przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, pogrubiono te województwa, w których wyodrębniono zakłady odpowiadające również za lecnicstwo osób z zaburzeniami preferencji seksualnych. Podkreślono natomiast te, w których możliwe jest lecnicstwo w warunkach ambulatoryjnych.

**Tabela 1**  
Zestawienie placówek wyznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających

Województwo	Rodzaj zakładu wg rodzaju zabezpieczeń					
	Podstawowe		Wzmocnione		Maksymalne	
	Liczba zakładów	Limit miejsc	Liczba zakładów	Limit miejsc	Liczba zakładów	Limit miejsc
Dolnośląskie	3	97	1	60	–	–
Kujawsko-pomorskie	1	24	0	–	–	–
Lubelskie	4	61	1	15	–	–
Lubuskie	3	41	1	50	–	–
Łódzkie	2	40	0	–	–	–
Małopolskie	1	30	1	50	–	–
Mazowieckie	4	95	1	35	1	64
Opolskie	1	20	2	50	1	75
Podkarpackie	1	20	2	110	–	–
Podlaskie	1	20	1	50	–	–
Pomorskie	2	40	1	50	1	70
Śląskie	3	65	3	95	–	–
Świętokrzyskie	1	30	0	–	–	–
Warmińsko-mazurskie	3	16	0	–	–	–
Wielkopolskie	2	50	0	–	–	–
Zachodniopomorskie	0	–	0	–	–	–
<b>OGÓŁEM</b>	<b>32</b>	<b>649</b>	<b>14</b>	<b>565</b>	<b>3</b>	<b>209</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15.11.2010 r. (Dz. U. Nr 230, poz.1520 ze zm.).

Ze względu na fakt, że wskazania odpowiedniej placówki lecnicstwa zaburzeń preferencji seksualnych dokonuje Krajowy Ośrodek Seksuologii Sądowej, rozporządzenie Ministra Zdrowia zawiera wykaz odpowiednich zakładów ambulatoryjnych zajmujących się tego typu lecnicstwem.

Przewidziano 5 takich placówek działających na terenie: Gorzowa Wielkopolskiego, Choroszczy, Krakowa, Warty i Warszawy. W styczniu 2013 r.<sup>14</sup> dodano jeszcze 2 placówki: w Kłodzku oraz Gryficach.

<sup>14</sup> Dodane przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 4.01.2013 r. (Dz. U. poz. 51), które weszło w życie 29.01.2013 r.



### 3. Zaburzenia preferencji seksualnych

Ustawodawca, wprowadzając nowe przepisy odnoszące się do środków zabezpieczających dla sprawców przestępstw seksualnych wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych, miał na uwadze ochronę szczególnego dobra, jakim jest wolność seksualna. Problem ten nabiera jeszcze większego znaczenia, jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, iż w większości przypadków środki zabezpieczające stosowane są wobec sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych w postaci pedofilii.

W literaturze fachowej z dziedziny psychologii czy psychiatrii zaburzenia preferencji seksualnych nazywane są zamiennie parafiliami, dawniej stosowane były również pojęcia „dewiacji seksualnych”, „perwersji” czy „zboczeń”. Obecnie odchodzi się jednak od takiego nazewnictwa ze względu na jego duże zabarwienie negatywne.

Według definicji **zaburzenie preferencji seksualnych** jest rodzajem zaburzeń na tle seksualnym, w którym wystąpienie podniecenia seksualnego, a niekiedy nawet uzyskanie pełnej satysfakcji seksualnej, uzależnione jest od pojawienia się specyficznych cech obiektów oraz osób, wobec których to zachowanie jest skierowane.

Aby ukazać w pełni złożoność problemu, jaki stanowi przestępczość seksualna osób wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych, warto odwołać się także do ich genezy. Jak się wskazuje w literaturze, nie ma jednego czynnika, który jest odpowiedzialny za powstawanie tego typu zaburzeń, najczęściej wymienia się wpływ zarówno czynników wrodzonych, jak i nabytych w procesie socjalizacji, szczególnie tych z wczesnego okresu dzieciństwa<sup>15</sup>. Po uformowaniu się stają się one względnie stałymi i trwałymi cechami danej osoby, choć – jak wskazują niektórzy autorzy – mogą one ulegać zmianie na różnych etapach życia jednostki i, co istotne, nawet w okresie późnej dorosłości<sup>16</sup>.

Aby dokonać diagnozy zaburzeń preferencji seksualnych w sensie klinicznym, należy odnieść się do klasyfikacji ICD-10<sup>17</sup>, w której szczegółowo opisano kryteria diagnostyczne oraz typy tych zaburzeń<sup>18</sup>.

Dla rozpoznania zaburzeń preferencji seksualnych konieczne jest spełnienie trzech kryteriów diagnostycznych:

- osoba musi doświadczać nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych związanych z niezwykleymi przedmiotami czy cechami tychże osób;
- myśli czy odczucia związane z obiektem czy osobą powodują odczuwanie przez zaburzoną jednostkę dyskomfortu lub wręcz wystąpienie u niej cierpienia psychicznego, lecz nie powoduje to powstrzymania się od powtarzania tego typu aktywności;
- niezwykle istotne jest również kryterium czasu, według którego objawy muszą utrzymywać się przez co najmniej 6 miesięcy.

Zaprezentowana powyżej definicja pozwala na wyodrębnienie w sposób ogólny zaburzeń preferencji seksualnych. W jej obrębie wymienić można szereg szczegółowych typów zaburzeń preferencji w oparciu o specyfikę obiektu, wobec którego są one skierowane.

<sup>15</sup> L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Warszawa 2009, s.330–331.

<sup>16</sup> D. Skowroński, *Preferencje seksualne Polaków*, Poznań 2003.

<sup>17</sup> Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). ICD-10 jest opracowanym przez WHO międzynarodowym systemem diagnozy i obowiązuje w Polsce od 1996 r.

<sup>18</sup> ICD-10, 1998, s.124.

W niniejszym opracowaniu omówione zostaną trzy główne typy zaburzeń preferencji seksualnych, ze względu na fakt, iż to one charakteryzowały głównie badaną grupę sprawców przestępstw seksualnych, wobec których zastosowano środki zabezpieczające.

**Pedofilia** należy do zaburzeń preferencji seksualnych najczęściej diagnozowanych wśród sprawców przestępstw seksualnych. Aby dokonać jej rozpoznania, muszą być spełnione kryteria ogólne zaburzeń preferencji seksualnych (wymienione powyżej) oraz dwa dodatkowe kryteria szczegółowe:

- skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przed pokwitaniem<sup>19</sup> musi mieć charakter utrwalonej tendencji lub skłonności;
- osoba, u której jest ona diagnozowana, musi mieć co najmniej 16 lat i jest co najmniej 5 lat starsza od dziecka.

Wokół problematyki diagnozowania zaburzeń preferencji seksualnych (w tym pedofilii) istnieje sporo kontrowersji. Zwraca się uwagę, że problemy sprawiają już same kwestie definicyjne<sup>20</sup>. Po pierwsze, wątpliwości budzi użyte w definicji pojęcie „nasilonego popędu”. Co bowiem w sytuacji, gdy sprawca wykazuje poziom seksualny poniżej normy lub w normie, lecz jest on każdorazowo związany ze szczególnym obiektem, z którym może go zrealizować, np. dzieckiem, zwierzęciem czy osobą nieprzytomną? Druga kontrowersja związana jest również z określeniem użytym w definicji i dotyczy faktu, iż osoba realizująca swój popęd np. z dzieckiem „odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie”. Jak bowiem odróżnić, w sensie klinicznym, wyraźne cierpienie od niewyraźnego? Ponadto, jak się wskazuje w literaturze przedmiotu, sprawca, realizując swój popęd, zmierza do osiągnięcia zadowolenia (satysfakcji seksualnej), a negatywne skutki, których może doświadczać – choć w rzeczywistości nie musi – przychodzą niekiedy z czasem, np. gdy zostanie on złapany. Warto również zadać pytanie, co z osobami, które wykazują zaburzenia preferencji seksualnych, lecz akceptują je i nie odczuwają z powodu ich realizacji dyskomfortu, a tym samym nie odczuwają potrzeby ich zmiany.

Wypada również odnieść się do kwestii definicji szczegółowej pedofilii. Sygnalizuje się w niej, że aktywność seksualna z dzieckiem ma mieć charakter utrwalony lub dominujący. Poprzez utrwalony charakter aktywności rozumie się zaś, iż trwa ona przez dłuższy czas, a więc nie jest to zachowanie jednorazowe czy przypadkowe<sup>21</sup>. Natomiast jej dominujący charakter polega na tym, że zachowania dewiacyjne (np. pedofilne) w stosunku do wszystkich zachowań seksualnych danej osoby stanowią większość.

W odniesieniu do diagnozy pedofilii niezwykle ważne jest kryterium wieku obiektu seksualnego. Podkreślenia wymaga jednak fakt, iż nie chodzi tylko o wiek metrykalny dziecka, lecz o cechy jego budowy anatomicznej. Pojawienie się u dziecka cech dojrzewania płciowego (najczęściej owłosienie łonowe) powoduje utratę zainteresowania ze strony pedofila. Podkreślić należy także, że osoby wykazujące

<sup>19</sup> Pokwitanie, inaczej dojrzewanie płciowe – okres procesu dojrzewania u człowieka, w którym następuje rozwój cech płciowych. Nie ma jednego określonego wieku dla pokwitania. Średnio zaczyna się w wieku 9–14 lat, przy czym u dziewcząt rozpoczyna się nieco wcześniej niż u chłopców.

<sup>20</sup> P. Marcinek, A. Kapała, *Pedofilia w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym*, „Seksuologia Polska” 2012/10/2.

<sup>21</sup> P. Marcinek, A. Kapała, *Pedofilia w opiniowaniu...*

zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii prowadzić mogą „normalne życie” i aktywność seksualną z dorosłymi partnerkami/partnerami.

Jedną z typologii pedofilii zaproponował K. Imieliński, który podzielił pedofilów na właściwych i zastępczych<sup>22</sup>. **Pedofile właściwi** według niego to tacy, którzy traktują dziecko jako pożądanego partnera seksualnego, natomiast **pedofile zastępczy** preferują kontakty seksualne z osobami dorosłymi, lecz ze względu na brak możliwości zaspokojenia swojego popędu z dorosłym obiektem, wybierają dzieci jako ich substytut.

Warto też dodać, że zaburzenia preferencji seksualnych rozpoznawane są zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, jednak ich diagnozowanie u kobiet, a szczególnie diagnozowanie pedofilii, jest dużo bardziej złożone. Ponieważ w analizowanej próbie spraw nie znalazła się ani jedna, w której sprawcą była kobieta, kwestie te nie będą tu szerzej omawiane.

Drugim typem zaburzeń preferencji seksualnych, pod względem częstości rozpoznania ich u sprawców przestępstw seksualnych, wobec których zastosowano środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k. w niniejszych badaniach, były zaburzenia sadystyczne. **Sadyzm** charakteryzowany jest jako preferowanie aktywności seksualnej, podczas której druga osoba odczuwa ból, cierpienie czy upokorzenie. Jednocześnie taka forma aktywności seksualnej stanowi najważniejsze źródło pobudzenia. Jedną z odmian sadyzmu jest **raptofilia**, określana jako gwałcicielstwo. Zaburzenie to charakteryzuje się osiąganiem pełnego zaspokojenia seksualnego przez gwałcenie partnerów seksualnych<sup>23</sup>. Zaburzenia sadystyczne mogą mieć bardzo różny charakter – od symbolicznych (klapsy) aż po skrajne formy agresywnych zachowań przestępczych (zgwałcenia czy zabójstwa o podłożu seksualnym)<sup>24</sup>.

Poza przedstawionymi wyżej głównymi zaburzeniami charakterystycznymi dla przestępców seksualnych, wobec których zastosowano środek zabezpieczający, polegający na poddaniu go leczeniu w zakładzie zamkniętym lub w warunkach wolnościowych, w badanej grupie pojawiły się zaburzenia takie jak ekshibicjonizm oraz froteryzm. **Ekshibicjonizm** polega na powtarzającej się i utrwalonej tendencji w zachowaniu polegającej na okazywaniu narządów płciowych obcym, nieprzewidującym tego osobom – najczęściej kobietom lub dziewczynkom. W badanej grupie spraw osobami pokrzywdzonymi we wszystkich przypadkach tego typu były małoletnie dziewczynki. Drugi rodzaj zaburzeń – **froteryzm**, inaczej nazywany ocieractwem, polega na dotykaniu lub ocieraniu się o ciało obcej osoby. Odbywa się to bez zgody drugiej osoby i ma na celu uzyskanie podniecenia seksualnego. Zaburzenie to dotyka głównie mężczyzn i uznawane jest za jedną z form ekshibicjonizmu<sup>25</sup>.

Strategie postępowania ze sprawcami przestępstw seksualnych

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że nadrzędnym celem stosowania środków zabezpieczających jest ochrona społeczeństwa przed sprawcami, którzy stwarzają zagrożenie. Drugim celem jest izolacja, a dopiero na trzecim miejscu wymienia się objęcie takich osób działalnością leczniczą<sup>26</sup>.

<sup>22</sup> Cyt. za I. Pospiszył, *Patologie społeczne*, Warszawa 2010, s. 252.

<sup>23</sup> Z. Lew-Starowicz, *Słownik encyklopedyczny. Miłość i seks*, Warszawa 1999.

<sup>24</sup> L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, s. 330–334.

<sup>25</sup> *Słownik psychologiczny*, www.psychologia.apl.pl.

<sup>26</sup> J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawnomaterialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013.

Programy lecznicze w ramach stosowanych środków zabezpieczających (art. 95a § 1 k.k.) adresowane są do osób dorosłych, które popełniły przestępstwo seksualne w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych lub wykazują zaburzenia pod postacią braku kontroli popędu seksualnego. Mogą być one realizowane zarówno w formie terapii indywidualnej, jak i grupowej (w zależności od koncepcji terapeutycznej). Leczenie może się odbywać zarówno w zakładach zamkniętych, jak i w placówkach lecznictwa ambulatoryjnego.

Głównymi celami w terapii przestępców seksualnych, niezależnie od zastosowanej strategii terapeutycznej, są<sup>27</sup>:

- nauczenie sprawców kontrolowania swoich zachowań seksualnych w taki sposób, aby mogli oni uzyskać zaspokojenie w granicach obowiązujących norm prawnych i moralnych;
- obniżenie ryzyka popełnienia kolejnych przestępstw o charakterze seksualnym.

Terapia sprawców przestępstw seksualnych jest procesem długotrwałym, wymagającym wieloletniego oddziaływania ze strony doświadczonych specjalistów. Zajęcia grupowe pozwalają terapeutom obserwować interakcje pomiędzy uczestnikami grupy. Podczas takich sesji następuje łatwiejsze uczenie się, grupa daje bowiem silne wsparcie podczas procesu zmiany oraz, co istotne, można zaobserwować intensywniejszy kontakt emocjonalny. Sesje indywidualne natomiast dają uczestnikom poczucie większej poufności oraz komfortu w kontaktach z terapeutą i powodują mniejszy poziom odczuwanego lęku<sup>28</sup>.

Czas trwania terapii nie jest określany z góry, szacuje się go w każdym przypadku indywidualnie, m.in. ze względu na motywację skazanego do zmiany, poziom jego wglądu w problem, stopień osiągniętych celów cząstkowych terapii czy ocenę ryzyka recydywy<sup>29</sup>.

Proces leczenia wspomagany jest niekiedy farmakologicznie, poprzez podawanie środków obniżających popęd seksualny. Mogą to być zastrzyki przyjmowane raz na kwartał lub tabletki dostosowywane indywidualnie do każdego przypadku. Przepisy przewidują stosowanie „farmakologicznej kastracji” do momentu zmniejszenia ryzyka powrotu skazanego na ścieżkę przestępczą – co dla wielu oznaczać może całe ich życie. Dla sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych danego rodzaju, np. pedofilia, sadyzm czy nieparafilne uzależnienie od seksu, przygotowuje się algorytm oraz kryteria konieczności interwencji farmakologicznej.

Jako pomocnicze kryteria konieczności zastosowania farmakoterapii wymienia się:

- wysoką częstotliwość zachowań dewiacyjnych;
- patologicznie wysoki poziom testosteronu;
- intensywne masturbacje lub ciągłe niechciane fantazje na temat obiektów seksualnych;
- kolekcjonowanie pornografii, oglądanie pornografii z osobami podobnymi do ofiar, trwanie tych zachowań pomimo wskazówek do ich zaprzestania;
- wysoki poziom pobudzenia na bodźce dewiacyjne.

<sup>27</sup> P. Marcinek, A. Peda, *Leczenie sprawców przestępstw seksualnych – kompleksowy program terapii*, „Psycho-terapia” 2010/3 (154), s. 49–57.

<sup>28</sup> K. Fenik, *Terapia sprawców przemocy seksualnej*, „Niebieska Linia” 2002/3.

<sup>29</sup> P. Marcinek, A. Peda, *Leczenie sprawców...*, s. 49–57.

Na podstawie zebranych informacji ocenia się stopień nasilenia objawów (lekki, umiarkowany, ciężki, katastrofalny) oraz wybiera odpowiedni sposób interwencji od najbardziej łagodnego – bez farmakoterapii, tylko z psychoterapią, po najsilniejszy – z pełną terapią farmakologiczną<sup>30</sup>.

W literaturze przedmiotu można spotkać się z opinią, że przymusowe leczenie zaburzeń preferencji seksualnych, w szczególności pedofilii, nie przynosi zamierzonych efektów. Podkreśla się również, że nawet farmakologiczne obniżanie popędu seksualnego, bez zmiany jego ukierunkowania, nie daje oczekiwanych rezultatów. Nawet chirurgiczna kastracja dorosłych mężczyzn nie wygasza ich popędu seksualnego, zakodowanego w ośrodkowym układzie nerwowym poprzez dotychczasowe doświadczenia<sup>31</sup>. Przeciwnicy stosowania chirurgicznej kastracji wobec przestępców seksualnych zwracają uwagę na kwestie etyczne wprowadzenia takich rozwiązań prawnych, jak również na konsekwencje zdrowotne dla osób poddanych takiemu zabiegowi. Wskazuje się bowiem, że poza utratą popędu seksualnego osoby tracą też chęć i motywację do działania, nie potrafią myśleć strategicznie. Zmienia się również ich skóra i sylwetka, a ponadto procesy związane ze starzeniem się przebiegają w przyspieszonym tempie.

Długoletnia izolacja sprawcy od społeczeństwa (potencjalnych ofiar) również nie przynosi zamierzonych efektów, bowiem wymierzona kara dobiega kiedyś końca, a osoby takie po wyjściu z zakładu karnego charakteryzują się poczuciem doznanej krzywdy oraz niską samooceną, co w efekcie raczej przyśpiesza – a nie eliminuje – zachowania przestępcze<sup>32</sup>. W literaturze wskazuje się, że powrotność do przestępstwa sprawców przestępstw seksualnych po odbyciu kary pozbawienia wolności wynosi około 80%. Dlatego też najskuteczniejszą metodą ochrony potencjalnych ofiar jest nauczanie samego sprawcy kontrolowania swoich zachowań. W prowadzonych oddziaływaniach terapeutycznych uczy się sprawcę odczuwania empatii, przejmowania odpowiedzialności za dokonane czyny i skupiania się na krzywdach wyrządzonych ofiarom. Sprawcy przestępstw seksualnych – jak podkreśla się w literaturze przedmiotu – charakteryzują się tendencją do traktowania swoich ofiar przedmiotowo, przez co nie są w stanie identyfikować się z nimi oraz współczuć im<sup>33</sup>.

Niezwykle ważne są również narzędzia, dzięki którym można dokonywać pomiaru ryzyka recydywy przestępców seksualnych. Pomimo prowadzonych prac nad stworzeniem czy adaptacją do warunków polskich takich narzędzi, brak jest niestety jednego ogólnie przyjętego miernika, który mógłby być wykorzystywany przez specjalistów na poziomie opiniowania w sprawach karnych czy wykorzystywany w placówkach penitencjarnych i ośrodkach zajmujących się lecnictwem tego typu zaburzeń<sup>34</sup>.

<sup>30</sup> P. Marcinek, A. Peda, *Leczenie sprawców...*, s. 49–57. P. Marciniak, A. Peda, *Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach izolacji więziennej*, „Seksuologia Polska” 2009/nr 7 (2), s. 60.

<sup>31</sup> J. Przybysz, *Psychiatria sądowa. Opiniowanie w procesie karnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, Toruń 2005, s. 297–300.

<sup>32</sup> K. Fenik, *Terapia sprawców...*

<sup>33</sup> M. Dziadosz, *Terapia poznawczo-behawioralna w resocjalizacji sprawców przestępstw seksualnych*, „Probacja” 2013/3.

<sup>34</sup> L.A. Craig, K.D. Browne, *Metody oceny ryzyka recydywy przestępstw seksualnych*, „Dziecko Krzywdzone, Teoria, badania, praktyka”, 2007/18.

#### 4. Statystyczny obraz orzekanych środków zabezpieczających

Aby uzyskać pełniejszy obraz stosowania środków zabezpieczających wobec sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych, warto odnieść się do rzeczywistego rozmiaru ich stosowania. Od momentu wejścia w życie art. 95a § 1 k.k. w obecnym jego brzmieniu, tj. od 2010 do 2014 r., niniejszy środek zabezpieczający orzeczono jedynie 74 razy. Z czego w nieco ponad połowie przypadków (38) orzeczono zakład zamknięty, a w 36 – leczenie ambulatoryjne. Poniżej przedstawiono szczegółowe zestawienie liczbowe prawomocnych orzeczeń na podstawie art. 95a k.k. w poszczególnych latach.

Orzeczenie ww. środka zabezpieczającego nie jest równoznaczne z faktycznym jego zastosowaniem, gdyż – jak już wspomniano w pierwszej części niniejszego opracowania – 6 miesięcy przed końcem kary lub przed planowanym warunkowym przedterminowym zwolnieniem sprawcy sąd weryfikuje, czy nadal istnieje potrzeba zastosowania orzeczonego środka zabezpieczającego.

**Tabela 2**  
Prawomocne orzeczenia na podstawie art. 95a § 1 k.k.

	OGÓŁEM	Zakład zamknięty	Leczenie ambulatoryjne
2010	5	4	1
2011	14	3	11
2012	16	7	9
2013	19	13	6
2014	20	11	9

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania Ministerstwa Sprawiedliwości MS–10r oraz MS–10o za lata 2010–2014.

Poniżej przedstawiono dane statystyczne, z których wynika, że w latach 2010–2014 wobec żadnego ze sprawców, u których rozpoznano zaburzenia preferencji seksualnych i orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k., nie zastosowano warunkowego przedterminowego zwolnienia. Wszyscy ci skazani (26 osób) odbyli kary w całości, z czego w 5 przypadkach sąd orzekł o braku potrzeby zastosowania orzeczonego w wyroku środka zabezpieczającego, w pozostałych 21 przypadkach taką potrzebę podtrzymano.

**Tabela 3**  
Liczba skazanych zwolnionych z zakładu karnego, wobec których w wyroku orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k.

	OGÓŁEM	Koniec kary	Warunkowo przedterminowo zwolnieni	W tym sąd orzekł o potrzebie zastosowania środka
2010	1	1	0	0
2011	6	6	0	6
2012	4	4	0	4
2013	10	10	0	8
2014	5	5	0	3

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania Ministerstwa Sprawiedliwości MS–10r oraz MS–10o za lata 2010–2014.



## 5. Metodologia badania

Na wstępie podkreślić należy, że niniejsze badanie przeprowadzone zostało w czasie od lutego do maja 2015 r., kiedy obowiązywały regulacje prawne dotyczące środków zabezpieczających sprzed lipca 2015 r. Zgromadzony materiał empiryczny obejmował sprawy, w których – na podstawie obowiązującego wtedy art. 95a § 1 k.k. – zastosowano środek zabezpieczający wobec sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych. Dlatego też w prezentowanym raporcie z badań aktowych zachowano nazewnictwo i odniesienia do przepisów prawnych obowiązujących w analizowanym okresie.

Przeprowadzone badanie polegało na analizie orzekania i wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 95a § 1 k.k. na podstawie informacji zawartych w aktach sądowych (głównych i wykonawczych).

Jak już wcześniej wspomniano w rozdziale drugim, umieszczenie w zakładzie zamkniętym lub skierowanie do leczenia ambulatoryjnego jest środkiem stosowanym wyjątkowo rzadko. W ubiegłym pięcioleciu sądy orzekały środki zabezpieczające na podstawie art. 95a § 1 k.k. jedynie 74 razy. Dlatego też zwrócono się do Wydziału Statystyki w Departamencie Sądów, Organizacji i Analiz Wymiaru Sprawiedliwości MS o wskazanie sądów rejonowych i okręgowych, w których zapadły prawomocne postanowienia o zastosowaniu środka zabezpieczającego określonego w art. 95a § 1 k.k.

Na podstawie otrzymanych informacji o sądach, w których zapadły takie orzeczenia, zwrócono się do prezesów tychże sądów o przesłanie zarówno akt spraw głównych, jak i wykonawczych.

Do analizy akt sądowych przygotowany został kwestionariusz ankiety, na który nanoszono stosowne informacje zawarte w aktach.

Charakterystyka otrzymanego materiału badawczego

Otrzymano odpowiedzi z 12 sądów okręgowych<sup>35</sup> oraz 16 rejonowych<sup>36</sup>. Łącznie przesłano 43 sprawy, z czego 1 została wyłączona, gdyż nie dotyczyła badanego zagadnienia – wobec sprawcy orzeczono środek zabezpieczający, ale na podstawie art. 94 k.k., polegający na umieszczeniu w zakładzie psychiatrycznym w związku z tym, że stwarzał on zagrożenie dla życia i zdrowia innych osób.

Analizie poddano łącznie 42 sprawy karne (akta główne i wykonawcze), co stanowi około 57% wszystkich spraw, w których orzeczono środek zabezpieczający. Pozostałe sprawy nie zostały przesłane do wglądu, głównie ze względu na toczące się postępowania wykonawcze – np. opiniowanie Krajowego Ośrodka Seksuologii Sądowej. W jednej ze spraw trwał proces o ułaskawienie, natomiast część spraw przekazana została do innych sądów ze względu na toczące się równoległe postępowania w innych sprawach.

Analizowano informacje dotyczące sprawcy czynu oraz jego ofiary ze względu na specyfikę zastosowanego środka zabezpieczającego oraz charakter popełnionego

<sup>35</sup> SO w Białymstoku, SO w Częstochowie, SO w Gdańsku, SO w Kaliszu, SO w Katowicach, SO w Łodzi, SO w Olsztynie, SO w Opolu, SO w Świdnicy, SO w Tarnobrzegu, SO w Tarnowie, SO w Zielonej Górze.

<sup>36</sup> SR w Dębicy, SR w Gryficach, SR w Jeleniej Górze, SR w Kaliszu, SR w Kędzierzynie Koźlu, SR dla Krakowa-Nowej Huty, SR w Nysie, SR Poznań-Grunwald i Jeżyce, SR Szczecin-Centrum, SR w Tarnowie, SR dla Warszawy-Woli, SR w Wieliczce, SR w Wieluniu, SR we Wrześni, SR w Zabrze, SR w Zambrowie.

czynu. Zebrano dane o 41 sprawcach (w analizowanej grupie spraw jeden sprawca miał w obrębie badanych 5 lat orzeczone 2 środki zabezpieczające w 2 różnych sprawach) oraz o 136 osobach pokrzywdzonych.

Do przeprowadzanych obliczeń wykorzystany został program statystyczny do analizy danych SPSS.

## 6. Wyniki analizy empirycznej

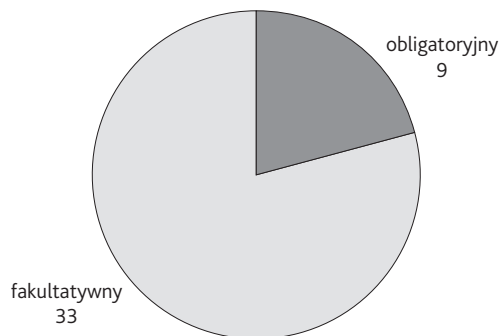
Zgromadzony materiał badawczy pozwolił na scharakteryzowanie zarówno sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych, jak i osób pokrzywdzonych tego typu czynami. Dokonano analizy postępowań karnych oraz sposobów wykonywania orzeczonego środka zabezpieczającego. Wiele uwagi poświęcono zwłaszcza kwestiom budzącym pewne niejasności lub zastrzeżenia. Poniżej przedstawiono rezultaty badania aktowego. Ze względu jednak na fakt, iż dysponowano 42 sprawami, uzyskany materiał empiryczny analizowany był przede wszystkim pod kątem jakościowym. Wyniki prezentowane są zarówno w formie procentowej, jak i w liczbach bezwzględnych.

### 6.1. Czyn

Jak już wspomniano wcześniej, środek zabezpieczający określony w art. 95a § 1 k.k. może być zastosowany wobec sprawców przestępstw seksualnych wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych. Może mieć on charakter obligatoryjny lub fakultatywny. W analizowanej grupie spraw tylko w 9 przypadkach orzeczony środek miał charakter obligatoryjny (1/5 spraw), gdyż sprawcy zostali skazani na podstawie art. 197 § 3 pkt 2, a w jednym przypadku – art. 197 § 3 pkt 2 oraz 3 k.k. Wobec pozostałych sprawców (33) sąd, na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego oraz opinii biegłych w sprawie, zdecydował, że istnieje potrzeba zastosowania środka zabezpieczającego po opuszczeniu przez sprawcę zakładu karnego.

#### Wykres 1

Charakter zastosowanego środka zabezpieczającego (liczby bezwzględne)



Otrzymany materiał empiryczny można podzielić ze względu na kwalifikację prawną czynu. Dominowały przestępstwa obcowania płciowego z małoletnim – art. 200 § 1 k.k. (48%) oraz zgwałcenia z art. 197 § 1–3 k.k. (41%). Fakt ten

związany był poniekąd z typem zaburzeń preferencji seksualnych i w rezultacie rodzajem dokonanego przez sprawcę czynu. Szczegółowy rozkład zastosowanych kwalifikacji prawnych przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4 Kwalifikacja prawna czynów		
	liczba	procent
art. 200 § 1 k.k.	20	47,6
art. 197 § 1–3 k.k.	17	40,5
art. 197 § 1–3 k.k. w zw. z art. 200 § 1 k.k.	3	7,1
art. 202 § 4a k.k.	1	2,4
art. 200 § 2 k.k.	1	2,4
<b>OGÓŁEM</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Charakterystykę sposobu działania sprawców wypada rozpocząć od liczby dokonanych przez nich przestępstw. Podkreślenia wymaga przy tym fakt, iż liczby te odnoszą się wyłącznie do czynów, za które dany sprawca został skazany. Zdarzały się bowiem sytuacje, w których przyznawał się on do dokonania czynów polegających na innych czynnościach seksualnych z małoletnimi, lecz ze względu na upływ czasu nie było możliwości ustalenia konkretnej liczby osób pokrzywdzonych, a także dokładnego czasu i miejsca czynu<sup>37</sup>. Jest to istotne, gdyż cechą charakterystyczną tych sprawców było to, że ze względu na wykazywane przez nich zaburzenia preferencji seksualnych kontynuowali oni swoją działalność przestępczą do chwili zatrzymania ich przez policję. Na podstawie zgromadzonego materiału empirycznego z dużą dozą prawdopodobieństwa można więc stwierdzić, że gdyby do tego nie doszło, swoją działalność przestępczą by kontynuowali.

W większości spraw (23 przypadki) sprawca został zatrzymany po dokonaniu pierwszego przestępstwa. Pojęcie pierwszego przestępstwa należy jednak traktować bardzo umownie<sup>38</sup>, ponieważ większość sprawców karana była już wcześniej za podobne przestępstwa o charakterze seksualnym, a dokonany czyn był pierwszym po poprzednim skazaniu i – najczęściej – po opuszczeniu zakładu karnego. W 6 przypadkach sprawca popełnił 2 przestępstwa, w 4 przypadkach – 3, a w 2 przypadkach – 4. Zdarzali się jednak pojedynczy sprawcy, którzy dokonali odpowiednio: 8, 15, 18 i 20 przestępstw.

Na podstawie zebranego materiału empirycznego dokonano charakterystyki i typologizacji czynów z uwzględnieniem rodzaju zaburzeń seksualnych sprawcy oraz sposobu jego działania w celu zaspokojenia swojego popędu seksualnego.

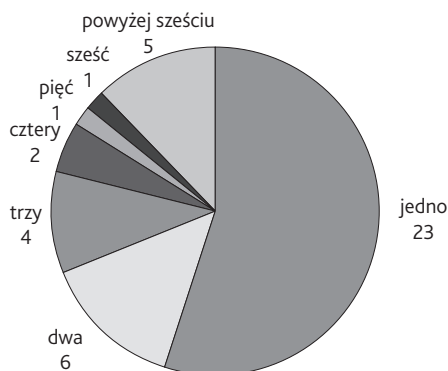
Pierwszą grupę spraw nazwano czynami raptofilnymi, drugą natomiast pedofilnymi. Grupy te zostały wyodrębnione ze względu na rodzaj zaburzeń preferencji

<sup>37</sup> Sprawca to 23-letni mężczyzna, skazany z art. 197 § 1 i 3 k.k. za zgwałcenie czterech dziewczynek. W toku prowadzonej sprawy przyznał się do molestowania seksualnego kolejnych trzech dziewczynek, gdy przebywał w domu dziecka. Ze względu na upływ czasu nie udało się jednak ustalić danych osób pokrzywdzonych, gdyż uzyskały one pełnoletniość i nie przebywały już w placówce.

<sup>38</sup> W tym kontekście trzeba również pamiętać o kwestii tzw. ciemnej liczby przestępstw, która w przypadku tych czynów wydaje się niemała.

**Wykres 2**

Liczba popełnionych przestępstw (liczby bezwzględne)



seksualnych, na które cierpiał sprawca, oraz charakterystykę osób pokrzywdzonych. W zbiorowości czynów pedofilnych wyodrębniono dodatkowo trzy podgrupy ze względu na cechy charakterystyczne ofiar. Podgrupy te nazwano: czynami pedofilnymi kontaktowymi i czynami pedofilnymi pośrednimi, czynami homoseksualnymi i heteroseksualnymi oraz czynami mieszanymi.

**Czyny raptofilne** (7 przypadków) – charakteryzowało to, iż osobami pokrzywdzonymi były w nich najczęściej pełnoletnie kobiety, a sprawca nie wykazywał zaburzeń preferencji seksualnych pod postacią pedofilii. Nawet jeżeli w grupie tej znalazły się małoletnie dziewczęta, to ich wybór podyktowany był dostępnością, a nie specyficznymi cechami związanymi z wyglądem fizycznym. Czyny z tej grupy charakteryzowało również to, iż sprawca i ofiara nie znali się. We wszystkich przypadkach wybór osoby pokrzywdzonej dokonany został w sposób przypadkowy. Oto kilka przykładowych opisów działania sprawców:

„Sprawca wychodził wieczorami z domu, przemierzał się po mieście pieszo lub nocnym autobusem po to, aby wyszukać kobiety, które samotnie wracały do domu. Gdy zauważył taką ofiarę podążał za nią, a gdy nadarzała się dogodna sytuacja (odosobnione lub odludne miejsce) napadał i gwałcił.”

„Sprawca w godzinach wieczornych lub nocnych napadał na młode dziewczyny. Zawsze posiadał przy sobie nóż, gdy nadarzała się sytuacja np. dziewczyna wchodziła sama do klatki schodowej czy do windy terroryzował ją nożem grożąc pozbawieniem życia lub okaleczeniem doprowadzając w ten sposób do poddania się innej czynności seksualnej.”

„Sprawca wielokrotnie dokonał zgwałceń kobiet. Początkowo w godzinach wieczornych lub nocnych wyszukiwał kobietę, która wydawała mu się atrakcyjna np. ze względu na figurę, czy ubiór a następnie podążał za nią i onanizował się. Jeżeli doprowadził się do wytrysku to nie atakował, jeżeli jednak nie zdążył zaspokoić się seksualnie to napadał na ofiarę i dokonywał jej zgwałceń. Bywało, że jednej nocy mężczyzna dokonywał nawet trzech zgwałceń.”

**Czyny pedofilne** (35 przypadków) – charakteryzowało to, iż pokrzywdzonymi były osoby małoletnie, poniżej 15. roku życia. W grupie tej były zarówno sprawy, w których sprawca i ofiara nie znali się, jak i przypadki, w których sprawca i ofiara

byli spokrewnieni (np. sprawcą był ojciec lub dziadek) lub znali się (sprawca był np. nauczycielem, trenerem drużyny czy przyjacielem rodziny). W grupie tej wyodrębniono po pierwsze czyny pedofilne kontaktowe i pośrednie.

**Czyny pedofilne kontaktowe** (27 spraw) – tę grupę czynów charakteryzowało to, iż sprawca, aby zaspokoić swój popęd seksualny, dokonywał jakiejś czynności z małoletnim. Mógł to być akt seksualny lub inna czynność seksualna. W ww. aktywność seksualną zaangażowany był zarówno sprawca, jak i jego ofiara (celowo pominięte są tutaj kwestie zgody osoby pokrzywdzonej, gdyż wszystkie one były w wieku poniżej 15. roku życia, a kwestie wyrażenia świadomej i dobrowolnej zgody na aktywność seksualną dziecka w wieku 3, 5 czy nawet 10 lat nie budzi raczej niczyjej wątpliwości). Poniżej przytoczono przykładową charakterystykę takich spraw:

„Sprawca przez prawie pół roku molestował seksualnie dwie siedmioletnie dziewczynki. Dziewczynki były sąsiadkami ciotki sprawcy. Mężczyzna pod nieobecność ciotki zapraszał dziewczynki do mieszkania pod pretekstem rozmowy czy pokazania czegoś ciekawego. Gdy przebywali sami początkowo obnażał się przed nimi i masturbował się z biegiem czasu jednak przestało mu to wystarczać i przy pomocy zastraszania doprowadzał dziewczynki do innych czynności seksualnych.”

**Czyny pedofilne pośrednie** (8 przypadków) – tę grupę czynów charakteryzowało to, iż sprawca w sposób bezpośredni nie skrzywdził ofiary, pomiędzy nim a osobą pokrzywdzoną nie dochodziło do żadnego kontaktu bezpośredniego. Sprawcy najczęściej wystarczało samo patrzenie na dziecko (z pewnej odległości lub z bliska), rozmowa z dzieckiem o zabarwieniu seksualnym, oglądanie zdjęć pornograficznych czy filmów z udziałem dziecka lub wreszcie wykonywanie własnoręcznie zdjęć jego obnażonymi częściami ciała. Cechą charakterystyczną działania sprawcy było to, iż nie dążył on do bezpośredniego rozładowania napięcia seksualnego z udziałem dziecka. Do rozładowania takiego dochodziło w wyniku czynności autoerotycznych np. podczas oglądania (samodzielnie wykonanych) fotografii lub właśnie w obecności dziecka. Poniżej przedstawiono opis jednej ze spraw:

„Sprawca pod pretekstem przeprowadzenia sesji zdjęciowej czy castingu do filmu zwabiał dziewczynki w ustronne miejsca, gdzie je fotografował. Początkowo robił kilka zdjęć w ubraniu następnie prosił o zdjęcie przez dziecko odzieży. Dziewczynki najczęściej wykonywały polecenia a sprawca po zrobieniu zdjęć szybko oddalał się z miejsca zdarzenia lub gdy sytuacja miała miejsce z dala od miejsca zamieszkania dziecka odprowadzał je do domu. Mężczyzna nie upubliczniał ani nie przekazywał innym osobom zrobionych zdjęć. Wykorzystywał je sam jak podkreślał robił to po to, aby nie krzywdzić dzieci. Cechą charakterystyczną jego działania było to, iż zawsze posiadał przy sobie aparat fotograficzny, aby móc wykonać zdjęcia, gdy taką potrzebę poczuł.”

Takie działanie charakterystyczne było dla tych sprawców, którzy karani byli już wcześniej za przestępstwo obcowania płciowego z małoletnim. W trakcie pobytu w zakładzie karnym byli oni najczęściej poddawani terapii dla sprawców przestępstw seksualnych, dlatego można przypuszczać, że w pewnym zakresie kontrolowali je i przekierowywali tak, aby nie zrobić fizycznej krzywdy dziecku. W tej grupie spraw znaleźli się również sprawcy, którzy po raz pierwszy popełnili taki czyn. Jak się wskazuje w literaturze z dziedziny psychiatrii, nie wszyscy sprawcy zdają sobie od razu sprawę z rodzaju preferencji seksualnych, jakie ich charakteryzują. Niekiedy wychodzi to na jaw po wielu latach prawidłowego funkcjonowania w rolach społecznych

(zgodnego z normami prawnymi i moralnymi). Jak wskazuje K. Imieliński<sup>39</sup>, tego typu zachowania mogą również przybierać na sile. Początkowo sprawcy, w celu osiągnięcia zaspokojenia płciowego, mogą wystarczać same zdjęcia czy wyobrażenia np. kontaktu seksualnego z dzieckiem. Następnie mogą pojawiać się sytuacje, w których sprawca sam będzie szukał pretekstu, aby patrzeć np. na roznegliżowane dzieci, a w końcu mogą się pojawić dążenia do odbycia faktycznego aktu seksualnego z dzieckiem.

Drugi podział czynów pedofilnych przebiegał ze względu na płeć osoby pokrzywdzonej. Mogły to być sprawy **homoseksualne** (11 przypadków), które charakteryzowało to, iż sprawca dokonywał molestowania wyłącznie chłopców; **heteroseksualne** (23 przypadki), w których osobami pokrzywdzonymi były dziewczynki oraz ich **postać mieszana** (2 sprawy), gdzie osobami pokrzywdzonymi były dzieci do 12. roku życia – bez względu na płeć.

Poniżej przedstawiono przykłady charakteryzujące poszczególne kategorie spraw.

„Sprawca ściągał z Internetu materiały z męską i dziecięcą pornografią. Przy pomocy portali społecznościowych nawiązywał kontakty z małoletnimi chłopcami przedstawiając się, jako dwunastolatek prowokował rozmowy na tematy związane z seksem oraz namawiał do robienia i przesyłania mu zdjęć narządów płciowych.”

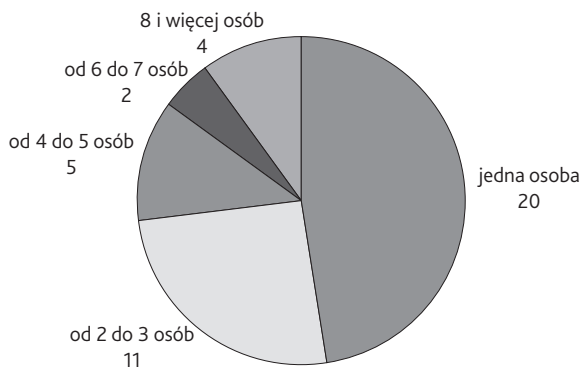
„Sprawca podążał za małoletnimi dziewczynkami wracającymi do domu, wyszukiwał takie osiedla, w których było wysokie budownictwo i bardzo często związana z tym potrzeba skorzystania z windy. Gdy dziewczynka znajdowała się już w windzie ze sprawcą zatrzymywał on dźwig i przy pomocy groźby zabicia doprowadzał ją do czynności seksualnych.”

Postać mieszana była stosunkowo najrzadziej obserwowana wśród analizowanych spraw i w badanej grupie dotyczyła tylko 2 przypadków, w których sprawca był osobą spokrewnioną (ojciec). W obu sprawach, oprócz zaburzeń preferencji seksualnych, u sprawcy rozpoznano również uzależnienie od alkoholu.

W ponad połowie spraw (55% – 22 przypadki) pokrzywdzona została 1 osoba. W pozostałych 19 sprawach ofiar było co najmniej 2, a w skrajnych przypadkach 7, 8, 9 a nawet 18 i 20 (wykres 3). Stwierdzić więc można, że w tych przypadkach działanie sprawcy, ze względu na rodzaj zaburzeń, charakteryzowała powtarzalność zachowań aż do momentu ujawnienia przestępstwa.

### Wykres 3

Liczba osób pokrzywdzonych (liczby bezwzględne)



<sup>39</sup> K. Imieliński, *Seksiatria*, t. 2, Warszawa 1990, s. 198.



Cechą charakterystyczną analizowanych spraw, w których sprawcy wykazywali zaburzenia preferencji seksualnych, było to, iż wszystkie czyny dokonane zostały przez nich indywidualnie. Żaden ze sprawców nie działał w grupie ani w porozumieniu z inną osobą.

## 6.2. Charakterystyka sprawców

Ze względu na powagę oraz specyfikę spraw, w których wobec sprawców orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k. (umieszczenie w zakładzie zamkniętym w celu odbycia terapii lub/i farmakoterapii lub skierowanie na leczenie w warunkach ambulatoryjnych) analizie poddano także ich dane demograficzne oraz psychospołeczne. Interesujące bowiem wydaje się, kim są sprawcy tego typu czynów, jakie role społeczne i zawodowe pełnią oraz czy zaburzenia preferencji seksualnych pozwalają im na zgodne z normami społecznymi i prawnymi funkcjonowanie w społeczeństwie. Na te pytania starano się odpowiedzieć w trakcie analizy dokumentacji zawartej w poszczególnych sprawach, w szczególności zaś: opinii psychologicznych, psychiatrycznych oraz seksuologicznych, wywiadów środowiskowych, zeznań sprawców oraz świadków.

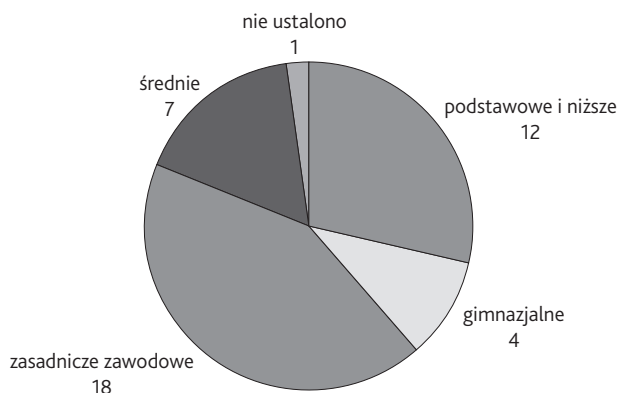
We wszystkich sprawach objętych niniejszym badaniem sprawcami byli mężczyźni. W większości byli oni w stanie wolnym (33 osoby), z czego: 28 to kawalerowie, 4 było rozwiedzionych, a 1 był wdowcem. Pozostali (9 osób) w chwili czynu pozostawali w formalnych lub nieformalnych związkach z partnerkami.

Co interesujące, większość sprawców (30 osób, co stanowi nieco ponad 70%) nie posiadało dzieci. W grupie tzw. czynów pedofilnych odsetek ten był jeszcze wyższy i wynosił około 86%, co oznacza, że 30 na 35 sprawców czynów pedofilskich nie posiadało potomstwa.

Pod względem wykształcenia najliczniejszą grupę stanowili skazani, którzy mieli wykształcenie zasadnicze zawodowe (18 osób), drugą co do wielkości zbiorowością byli ci, którzy zakończyli edukację na poziomie szkoły podstawowej lub gimnazjalnej (łącznie 16 osób). Najmniej liczną grupą byli sprawcy, którzy mieli wykształcenie średnie (7 osób; pełny rozkład wykształcenia przedstawiono na wykresie 4).

### Wykres 4

Wykształcenie sprawców (liczby bezwzględne)



Analiza materiału empirycznego dotyczącego statusu społeczno-ekonomicznego sprawców przestępstw seksualnych z zaburzeniami preferencji seksualnych wskazuje, iż pochodzą oni z różnych grup społecznych, tj. np.: uczniowie, nauczyciele, rolnicy czy emeryci. Podkreślenia wymaga jednak fakt, iż prowadzona analiza dotyczyła spraw, w których sprawcy zostali ujawnieni, osądzeni a następnie na mocy prawomocnego wyroku sądu zastosowano wobec nich środek zabezpieczający w postaci leczenia w warunkach izolacyjnych lub ambulatoryjnych. W zbiorowości tej najliczniejszą zaś grupę (53%) stanowiły osoby aktywne zawodowo i prawidłowo funkcjonujące w pozostałych rolach społecznych – w 2 przypadkach jednocześnie studiujące.

Status	Liczba	Procent
Uczeń	3	7,2
Osoba bezrobotna	15	35,7
Prace dorywcze	8	19,1
Praca na etat, część etatu	11	26,2
Rolnik	2	4,8
Emeryt, rencista	3	7,2
Nie ustalono	1	2,4
<b>Ogółem</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

W 2 przypadkach sprawcy wykazujący zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii ze względu na profil swojego wykształcenia czy zainteresowania zajmowali się działalnością wolontaryjną polegającą na pracy z dziećmi i młodzieżą. W pierwszym przypadku sprawca zajmował stanowisko asystenta trenera boksu, wykorzystując w ten sposób swoją przewagę molestował chłopców z drużyny sportowej. W drugim przypadku natomiast sprawca związany był z działalnością sportową i religijną – pełnił funkcję lektora w kościele i trenera w lokalnej drużynie sportowej. W obu przypadkach działanie sprawców było zbliżone i polegało na wyszukiwaniu chłopców cichych i nieśmiałych, pochodzących z mniej zamożnych rodzin, angażujących się w działalność sportową lub religijną (ministranci). Mężczyźni początkowo swoim zachowaniem budowali zaufanie u chłopców, poprzez kupowanie drobnych rzeczy, takich jak chipsy czy słodycze lub nawet drogich prezentów w postaci sprzętu sportowego czy markowych ubrań. Gdy mężczyźni zbudowali już pewien rodzaj zależności czy przywiązania, wykorzystywali swoją przewagę emocjonalną i fizyczną wobec małoletnich, jak również ufność ich rodziców, którzy od osób związanych z instytucjami religijnymi czy oświatowymi nie spodziewali się żadnych zagrożeń. Jeden ze sprawców w badanej sprawie już wcześniej miał orzeczony zakaz pracy z młodzieżą, lecz – ze względu na brak weryfikacji tego faktu – nadal prowadził taką działalność.

Pomimo że sytuacje takie w analizowanej grupie spraw były bardzo rzadkie, to warto zasygnalizować, iż obowiązujące przepisy prawa nie nakładają ani

na instytucje oświatowe, ani na osoby ubiegające się o pracę w ww. placówkach obowiązku weryfikacji kwestii uprzedniej karalności. Niektóre placówki zajmujące się pracą z dziećmi czy młodzieżą korzystają z tego typu rozwiązań, prosząc z własnej inicjatywy o przedstawienie stosownej dokumentacji. Konieczne więc wydaje się uregulowanie tych kwestii w przyszłości.

W literaturze przedmiotu zwraca się też uwagę na kwestie zdrowia sprawców przestępstw seksualnych, wskazując, iż pewne deficyty związane z niepełnosprawnością czy z innymi problemami natury somatycznej mogą powodować, iż sprawca nie jest w stanie nawiązać prawidłowych relacji z potencjalnym partnerem seksualnym. Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia w kontekście zaburzeń preferencji seksualnych pod postacią pedofilii, które mogą niekiedy przybierać formę zastępczą. Oznacza to, iż sprawca ma wykształcone prawidłowe wzorce zachowań seksualnych, lecz na skutek niemożności nawiązania prawidłowych relacji z dorosłą osobą, jako partnerem seksualnym, wybiera inny, niezagrażający „obiekt”, którym jest dziecko. Eliminuje w ten sposób towarzyszący mu lęk przed odrzuceniem, wyśmianiem czy niesprostaniem oczekiwaniom partnera/partnerki.

W analizowanej grupie spraw w większości przypadków sprawca był zdrowy (55%), w jednym przypadku była to osoba niepełnosprawna fizycznie (mająca problemy z kręgosłupem), w siedmiu przypadkach sprawcy byli upośledzeni umysłowo. Niemalże co czwarty sprawca leczył się z powodu jakiejś przewlekłej choroby (HIV, gruźlica, nerwica, problemy z sercem, sarkoidoza, rozedma płuc, zapalenie wątroby typu C, problemy z nerkami).

Tabela 6 Stan zdrowia sprawców		
	Liczba	Procent
Zdrowy	23	54,8
Niepełnosprawność fizyczna	1	2,4
Niepełnosprawność umysłowa	7	16,7
Przewlekła choroba	10	23,8
Nie ustalono	1	2,4
<b>Ogółem</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Istotna jest również kwestia inteligencji sprawców. Nie jest ona wprawdzie traktowana jako bezpośredni korelat przestępczości, zalicza się ją jednak do czynników stanowiących predyspozycje do tego typu zachowań, a więc takich, które same nie prowadzą bezpośrednio do przestępstwa, lecz „ułatwiają powstanie bezpośrednich pobudek dokonania czynu”<sup>40</sup>. W przypadku osób upośledzonych, panuje pogląd, że posiadają one cechy psychiczne, które powodują, że łatwiej jest im wkroczyć na drogę przestępczą. Może to wynikać z faktu, iż osoby takie mają poważne trudności w zinternalizowaniu obowiązujących w społeczeństwie norm prawnych czy moralnych, najczęściej też charakteryzuje je niedojrzałość społeczna i emocjonalna.

<sup>40</sup> M. Sitarczyk, *Nieletni sprawcy zabójstw. Sylwetki psychologiczne*, Lublin 2005, s. 43.

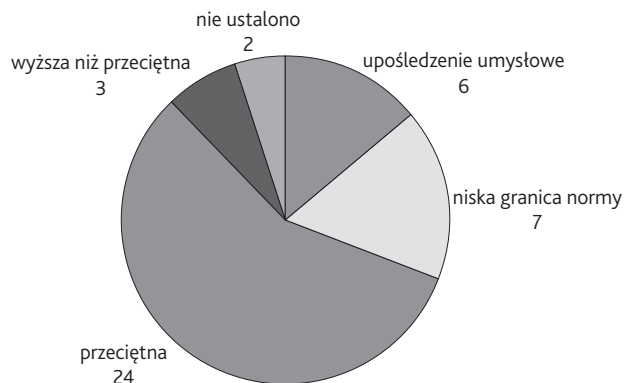
W grupie spraw poddanych analizie większość sprawców charakteryzował przeciętny poziom inteligencji (57%), u 3 stwierdzono inteligencję wyższą niż przeciętna (były to osoby w trakcie studiów wyższych), natomiast w 1 przypadku poziom inteligencji nie został ustalony. U niemalże co trzeciego sprawcy stwierdzono obniżony poziom intelektualny lub upośledzenie umysłowe (w 7 przypadkach upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim oraz w 7 niska norma – granica upośledzenia umysłowego). Dokładny rozkład uzyskanych wyników prezentuje wykres 5.

Poziom intelektualny sprawcy jest również istotny ze względu na ustalenie poczytalności w chwili popełniania czynu. Kwestie te uregulowane są w art. 31 k.k., który mówi, iż nie popełnia przestępstwa osoba, która z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych nie może w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim zachowaniem. Jeżeli w czasie dokonywania przestępstwa zdolność do rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była ograniczona w stopniu znacznym, ustawodawca przyjął, że sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary.

Przytłaczająca większość badanych sprawców była poczytalna w chwili czynu (36 osób, co stanowi 86% ogółu). W 6 przypadkach (14%) sprawcy mieli ograniczoną poczytalność, z czego 3 w nieznacznym stopniu oraz 3 w stopniu znacznym.

#### Wykres 5

Inteligencja sprawców (liczby bezwzględne)



Przepisów o wyłączeniu poczytalności i jej ograniczeniu nie stosuje się wobec sprawców, którzy wprowadzili się w stan odurzenia, gdyż mogli oni przewidzieć skutki działania środków psychoaktywnych (najczęściej alkoholu lub narkotyków). Jak się podkreśla w literaturze, powszechnie znany jest zespół objawów psychicznych i fizycznych działania alkoholu na organizm człowieka i dlatego sytuacje określa się raczej mianem upicia alkoholowego zwykłego<sup>41</sup>.

Większość badanych sprawców nie pozostawała w chwili czynu pod wpływem środków psychoaktywnych (60%). W 2 przypadkach kwestia ta nie została w sprawie rozstrzygnięta. W literaturze zwraca się uwagę, iż zarówno alkohol jak

<sup>41</sup> J. Heitzman, *Szczególne postacie upić alkoholowych w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym*, „Alkoholizm i Narkomania” 1992, jesień–zima.

i narkotyki mogą pełnić rolę odhamowującą w genezie zachowania przestępczego. Spożycie alkoholu powoduje bowiem osłabienie funkcji kontrolnych oraz ujawnienie się tłumionych w procesie dojrzewania oraz socjalizacji tendencji do zachowań agresywnych czy dewiacji seksualnych<sup>42</sup>. Co trzeci zaś badany sprawca w trakcie popełniania czynu był pod wpływem działania środków psychoaktywnych (w 14 przypadkach alkoholu oraz w jednym narkotyków). Szczegółowy rozkład odnoszący się do pozostawiania pod wpływem środków psychoaktywnych zaprezentowano w tabeli 7.

Tabela 7 Przestępstwo popełnione pod wpływem środków psychoaktywnych		
	Liczba	Procent
Sprawca pod wpływem środków psychoaktywnych – alkohol	14	33,3
Sprawca pod wpływem środków psychoaktywnych – narkotyki	1	2,4
Sprawca nie używał środków psychoaktywnych	25	59,5
Nie ustalono	2	4,8
<b>Ogółem</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Podkreślenia wymaga również fakt, iż w analizowanej grupie sprawców (38%) nieco ponad 1/3 była uzależniona od środków psychoaktywnych, z czego we wszystkich 16 przypadkach od alkoholu, a w 3 również od narkotyków. Kwestia uzależnienia od alkoholu jest niezwykle istotna, gdyż alkoholizm zaburza i utrudnia późniejsze oddziaływanie i pracę ze sprawcą, jego terapię i przygotowanie do życia na wolności. Oczywiście trudno jest określić jednoznacznie, czy uzależnienie od alkoholu i związane z tym zmiany w osobowości były przyczyną zachowań przestępczych tej frakcji badanych, w wyniku odhamowania, kontrolowanych wcześniej, zachowań i preferencji. U części z nich bowiem uzależnienie od alkoholu mogło być skutkiem zaburzeń preferencji seksualnych. Dla sprawców niemogących poradzić sobie z odczuwanymi emocjami i nieakceptowanymi popędami, alkohol pełnił początkowo zastępczą rolę w tłumieniu tychże odczuć. W zbiorowości osób uzależnionych od środków psychoaktywnych (16 przypadków) tylko 4 osoby podejmowały wcześniej próby leczenia uzależnienia, zakończone niepowodzeniem.

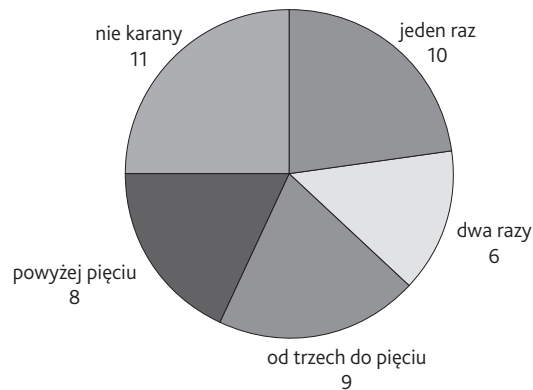
Interesujące wyniki ujawniła analiza wcześniejszą karalność sprawców. Prawie 3/4 sprawców (31 osób), wobec których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k., było wcześniej karanych. Co czwarty karany był wcześniej 1 raz (11 osób), a co siódmy 3 razy (6 osób). 1/3 sprawców była wcześniej co najmniej 3 razy skazana, a rekordziści karani byli odpowiednio: 7-krotnie (1 osoba), 8-krotnie (1 osoba) oraz 10-krotnie (2 przypadki). Rozkład uzyskanych w tej mierze wyników prezentuje wykres 6.

Analizując uprzednią karalność badanych, podkreślić należy, iż w większości przypadków (23 na 31, co stanowi 75%) odpowiadali oni już wcześniej za przestępstwa seksualne. Najczęściej były to czyny polegające na seksualnym wykorzystaniu małoletniego (art. 200 k.k.) – 15 przypadków oraz zgwałcenia (art. 197 k.k.) – 5 przypadków.

<sup>42</sup> J. Przybysz, *Psychiatria sądowa...*

**Wykres 6**

Uprzednia karalność sprawcy (liczby bezwzględne)



W 3 przypadkach sprawca skazany był wcześniej zarówno za zgwałcenia, jak i za wykorzystywanie seksualne dziecka. W 16 przypadkach uprzednia karalność sprawców związana była wyłącznie z przestępstwami seksualnymi, można więc wnioskować, iż zasadniczą rolę w genezie ich przestępczości odegrały właśnie zaburzenia preferencji seksualnych (por. tabela 8). W pozostałych przypadkach badani skazywani byli zarówno za przestępstwa o charakterze seksualnym, jak i za inne czyny, np. rozboje, udział w bójce lub pobiciu czy jazdę samochodem pod wpływem alkoholu lub bez odpowiednich uprawnień.

Tabela 8 Uprzednia karalność sprawców według rodzaju czynu		
	Liczba	Procent
Przestępstwa o charakterze seksualnym	23	74,2
– w tym również inne rodzaje przestępstw niemających charakteru seksualnego	7	22,6
Przestępstwa inne niż seksualne	8	25,8
<b>Ogółem</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Uzyskane wyniki nasuwają więc pytanie: czy możliwa była wcześniejsza reakcja systemu wymiaru sprawiedliwości w celu zapobieżenia popełnianiu przez badanych dalszych przestępstw? Większość sprawców, wobec których zastosowano środek zabezpieczający, była już bowiem wcześniej karana za podobne przestępstwa seksualne, a więc miała styczność z wymiarem sprawiedliwości i różnego rodzaju procedurami opiniowania i diagnozowania. W niniejszym badaniu nie było jednak możliwe odtworzenie informacji dotyczących wcześniejszego opiniowania przez biegłych zaburzeń preferencji seksualnych. Zasadny jednak wydaje się postulat, by w przypadkach wykorzystania seksualnego dziecka, dokonywano wcześniejszej weryfikacji, czy sprawca nie wykazuje zaburzeń preferencji seksualnych pod postacią pedofilii, aby móc podjąć odpowiednie kroki zabezpieczające i lecznicze – już w trakcie wymierzania i odbywania kary za takie przestępstwa.

W niniejszym badaniu analizowano materiały związane z leczeniem psychiatrycznym sprawców oraz ich ewentualnymi zaburzeniami osobowościowymi



i seksualnymi. W całej zbiorowości ponad połowa sprawców (22 osoby, co stanowi 52%) podejmowała wcześniej próby specjalistycznego leczenia (psychologicznego, psychiatrycznego czy seksuologicznego). W 18 przypadkach (43%) takie próby nie były podjęte, w 2 sprawach natomiast nie było możliwe ustalenie tych kwestii.

Najczęstszą przyczyną podejmowanego leczenia były różnego rodzaju zaburzenia seksualne utrudniające funkcjonowanie w społeczeństwie (ekshibicjonizm, raptofilia, pedofilia). Stanowiły one nieco ponad 45% w odniesieniu do wszystkich sprawców, którzy podejmowali próby leczenia. W 4 przypadkach sprawca leczył się z powodu uzależnienia od alkoholu, w 2 z powodu zaburzeń psychicznych (nerwicy). W 1 przypadku sprawca, po urazie głowy spowodowanym wypadkiem motocyklowym, wykazywał bliżej niezidentyfikowane zaburzenia, objawiające się podglądaniem dzieci w kąpeli i przypuszczać można, że mogła być to forma voyeuryzmu. W 5 sprawach w aktach brak było informacji o przyczynach prowadzonej terapii.

Tabela 9 Przyczyny podjętego leczenia		
	Liczba	Procent
Zaburzenia seksualne	10	45,5
Uzależnienie od alkoholu	4	18,2
Nerwica	2	9,1
Zaburzenia po urazie głowy	1	4,5
Nie ustalono	5	22,7
<b>Ogółem</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

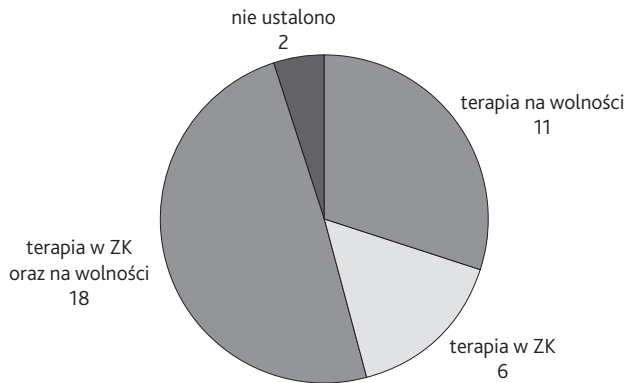
W większości przypadków sprawcy podejmowali próby leczenia na wolności (14 na 22), mimo iż niekiedy związane było to ze zobowiązaniami z prowadzonych wcześniej spraw karnych. W 9 sprawach badany przebywał wcześniej w zakładzie karnym za podobne przestępstwo seksualne, gdzie poddany został oddziaływaniu terapeutycznemu dla sprawców przestępstw seksualnych. W 3 przypadkach sprawca przebył terapię zarówno w zakładzie karnym, jak i na wolności, natomiast w 2 nie udało się ustalić tych kwestii. Uzyskane wyniki wskazują, iż najczęściej sprawca podejmował terapię jednokrotnie, tylko w 2 przypadkach próby te były liczniejsze.

Interesująco przedstawiają się dane odnośnie do kontynuowania leczenia. W większości spraw (17 na 22) badany przerwał leczenie, w 4 sprawach w chwili popełnienia przez niego przestępstwa był w trakcie procesu terapeutycznego, natomiast w 1 przypadku nie zdołano tego ustalić.

Warto dodać, że wobec 3 sprawców stosowano już wcześniej środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k. Było to leczenie ambulatoryjne, a przestępstwo, za które odpowiadali ci badani popełnione zostało w trakcie realizacji tego środka.

### 6.3. Charakterystyka osób pokrzywdzonych

Przestępstwa seksualne należą do grupy czynów naruszających niezmiernie wrażliwą sferę życia. Ustawodawca, aby chronić potencjalne ofiary tego typu czynów,

**Wykres 7**Miejsce podejmowanej terapii<sup>43</sup> (liczby bezwzględne)

wprowadził pewne regulacje prawne mające temu służyć. Takim rozwiązaniem jest, między innymi, wprowadzenie art. 185a k.k.w. regulującego sposób wysłuchiwanie małoletnich pokrzywdzonych przestępstwami, m.in. seksualnymi. Szczególnym rozwiązaniem prawnym jest także wprowadzenie w 2014 r. zmian związanych z trybem ścigania przestępstwa zgwałcenia, które wcześniej odbywało się na wniosek osoby pokrzywdzonej lub jej opiekuna prawnego. Istotne wydaje się również wprowadzenie środków zabezpieczających wobec sprawców przestępstw seksualnych wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych. Mają one na względzie zarówno izolację, jak i resocjalizację (poprzez leczenie) takich przestępców, zasadniczym jednak celem owych unormowań jest ochrona potencjalnych ofiar tego typu czynów.

W przeprowadzonym badaniu zebrano informacje na temat 102 osób pokrzywdzonych przez 42 sprawców, wobec których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k.

W większości przypadków pokrzywdzonymi były kobiety – 73% badanej zbiorowości (74 osoby), w pozostałych zaś ofiarami byli mężczyźni, najczęściej młodzi chłopcy w wieku od 3 (najmłodszy) do 14 (najstarszy) lat. Uzyskany wynik jednak nie zaskakuje, bowiem wszystkie czyny, w których osobami pokrzywdzonymi byli mężczyźni (chłopcy), związane były z zaburzeniami preferencji seksualnych sprawcy w postaci pedofilii homoseksualnej.

Analiza wieku pokrzywdzonych kobiet wskazuje, iż głównie były to dzieci lub młode kobiety – najmłodsza ofiara miała 3 lata w chwili czynu, natomiast najstarsza 32. Również ten wynik związany jest z rodzajem zaburzeń preferencji seksualnych sprawcy. Dziewczęta w wieku od 3. do około 12.–14. roku życia były ofiarami sprawców o zaburzeniach pedofilnych, natomiast kobiety w starszym wieku były najczęściej ofiarami raptofilii i różnych odmian sadyzmu. W jednym przypadku sprawcą był mężczyzna, który wykazywał zaburzenia preferencji seksualnej jednocześnie pod postacią pedofilii oraz raptofilii.

<sup>43</sup> Odsetki odnoszą się do 22 osób, które podejmowały próbę leczenia.

#### 6.4. Charakterystyka postępowania karnego

Zasadniczym celem niniejszego referowanego badania było poznanie praktyki orzekania środków zabezpieczających wobec sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych. Z tego punktu widzenia niezwykle istotne było przeanalizowanie przebiegu zarówno postępowania przygotowawczego, jak i sądowego, a następnie procedur związanych z wykonaniem orzeczonego środka.

##### 6.4.1. Postępowanie przygotowawcze oraz postępowanie przed sądem

Wobec większości sprawców (33 osoby, co stanowi 79%) środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k. zastosowany został fakultatywnie, w 9 przypadkach (21%) obligatoryjnie, gdyż osobą pokrzywdzoną było dziecko, a sprawcy przedstawiono zarzut z art. 197 § 3 pkt 2 lub 3 k.k.

Niemalże wobec wszystkich sprawców w chwili zgłoszenia o popełnieniu przestępstwa zastosowano natychmiast środki zapobiegawcze (40 na 42 badanych). W większości spraw było to tymczasowe aresztowanie (39), w 1 przypadku dozór policji oraz stawiennictwo podejrzanego co drugi dzień na komisariacie, przy jednoczesnym zakazie opuszczania kraju. Wobec 1 sprawcy na etapie postępowania sądowego nastąpiła zmiana zastosowanego środka z tymczasowego aresztowania na dozór policji, polegający na stawiennictwie w komisariacie w wyznaczonych terminach oraz zakaz opuszczania kraju. Wobec pozostałych, pomimo składanych regularnie próśb i odwołań od zastosowanych środków zapobiegawczych, zostały one utrzymane.

Interesująco przedstawiają się wyniki odnoszące się do przyznania się sprawcy do popełnionego przestępstwa. Co trzeci już na początku postępowania przygotowawczego przyznał się do popełnienia czynu/czynów. Niemalże co czwarty do samego końca utrzymywał zaś, że jest niewinny i nie dokonał zarzucanego mu czynu. Co czwarty sprawca utrzymywał też, iż czynu dokonał przypadkowo i przyznawał się tylko do części zarzutów. W analizowanych sprawach 4 sprawców wielokrotnie zmieniali swoje zeznania, przyznając się do całości zarzutów po to, aby je następnie odwołać i odwrotnie.

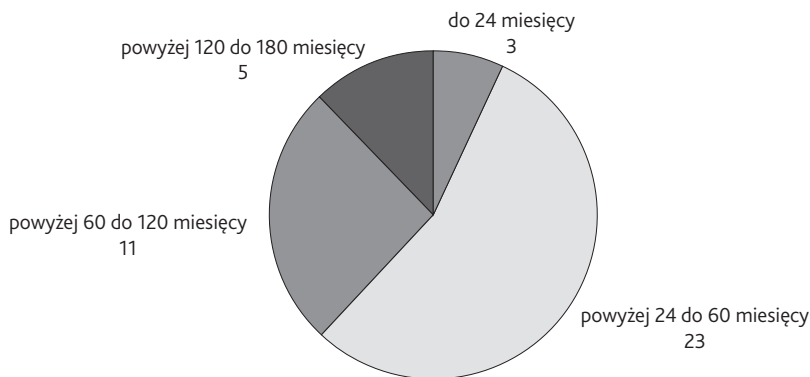
Tabela 10 Przyznanie się do popełnienia przestępstwa		
	Liczba	Procent
Przyznał się	14	33,3
Nie przyznał się	12	28,6
Częściowo przyznał się	12	28,6
Zmieniał zeznania	4	9,5
<b>Ogółem</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

W 2 przypadkach sprawcy przyznali się do winy i składali wnioski o dobrowolne poddanie się karze, lecz ze względu na charakter czynu sprawa rozpatrywana była w postępowaniu zwyczajnym.

Analiza długości kary bezwzględnego pozbawienia wolności wskazuje na umiarkowaną politykę karania sprawców przestępstw seksualnych. Najczęściej orzekano karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia na okres od powyżej 2 do 5 lat (23 przypadki), tylko w 3 sprawach orzeczono karę do 2 lat pozbawienia wolności (w jednej sprawie 6 miesięcy, w drugiej – 16 oraz w trzeciej – 24). We wszystkich tych przypadkach były to sprawy, w których zastosowano zresztą nadzwyczajne złagodzenie kary. Powyżej 5 lat karę bezwzględnego pozbawienia wolności orzeczono wobec 38% sprawców (16 badanych). Szczegółowe dane zaprezentowano na wykresie 8.

#### Wykres 8

Wymiar kary bezwzględnego pozbawienia wolności (liczby bezwzględne)



Analizując wymiar kary bezwzględnego pozbawienia wolności, podkreślić należy, iż nie jest to czas całkowitej izolacji sprawcy, ponieważ sprawcy, wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci zakładu zamkniętego, przenoszeni są do innej placówki, w której właściwie również znajdują się w warunkach izolacji. Sytuacja ta jest negatywnie odbierana przez samych zainteresowanych, gdyż czas trwania środka zabezpieczającego nie jest określony z góry. W rzeczywistości sprawcy przeniesionemu do zakładu zamkniętego w celu leczenia nie jest możliwe przedstawienie daty opuszczenia placówki, gdyż jest to związane z przebiegiem procesu terapeutycznego oraz z postępami programu leczniczego. W praktyce więc, po czasie izolacji od środowiska zewnętrznego poprzez pobyt w zakładzie karnym następuje izolacja w zakładzie zamkniętym wykonującym środek zabezpieczający. Nieco inaczej wygląda sytuacja sprawców przestępstw seksualnych, wobec których orzeczono leczenie w warunkach ambulatoryjnych – po wyjściu z zakładu karnego kierowani są oni na leczenie do odpowiedniej placówki w warunkach wolnościowych.

Istotna wydaje się więc kwestia długoletniej izolacji sprawców przestępstw seksualnych w zakładach karnych (jest to również okres wymuszonej abstynencji seksualnej), która bez odpowiedniego wsparcia terapeutycznego stanowić może problem. Każda kara izolacyjna dobiega bowiem końca, a sprawca wraca do życia w społeczeństwie, od którego przez wiele lat był odizolowany. W badanej grupie spraw w aktach postępowania znalazły się informacje o 9 osobach (21%), które

przebywały już za podobne przestępstwo seksualne w zakładzie karnym, a zaraz po jego opuszczeniu dokonały następnego zgwałcenia. W jednym przypadku sprawca 3 dni po opuszczeniu placówki, w której przebywał 10 lat, dokonał zgwałcenia dziewczynki. W innym, po 6-letniej izolacji sprawca 2 tygodnie po wyjściu z zakładu karnego zgwałcił chłopca. Jeszcze w innym sprawca wykazujący zaburzenia preferencji seksualnych molestował w zakładzie karnym współosadzonego, a po wyjściu z placówki, po około 2 tygodniach zgwałcił chłopca. Oczywiście za każdym razem odnosimy się tu wyłącznie do przestępstw, do których przyznał się sam sprawca lub takich, które zostały ujawnione, w rzeczywistości bowiem ów odsetek jest prawdopodobnie zdecydowanie wyższy niż przytoczone 20%.

W badanej grupie spraw, w których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k., tylko wobec co czwartego sprawcy (11 osób) sąd w postanowieniu określił system odbywania kary jako terapeutyczny. W pozostałych przypadkach (31 osób, co stanowi 74% badanej grupy) pozostawiono to w gestii zakładów karnych. Według art. 96 k.k.w. wszyscy sprawcy skazani za przestępstwo z art. 197–203 k.k., popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, powinni odbywać karę w systemie terapeutycznym. W omawianym badaniu nie dokonywano jednak takiej weryfikacji.

Wobec większości sprawców (32 osoby z 42) sąd w postanowieniu oprócz środka zabezpieczającego orzekł zastosowanie także innych środków, takich jak: zakaz kontaktowania się z osobami pokrzywdzonymi; zakaz przebywania w miejscach, gdzie są dzieci (np. place zabaw, szkoły, przedszkola); zakaz wykonywania zawodu związanego z edukacją, opieką nad dziećmi czy obowiązek powstrzymywania się od przebywania w określonych miejscach. Szczegółowy rozkład tej zmiennej zaprezentowano w tabeli 11.

We wszystkich tych sprawach sąd orzekł również czas trwania zastosowanych środków. W przypadku zakazu kontaktowania się z osobą pokrzywdzoną, w 4 przypadkach czas ten mieścił się w przedziale od 12 do 36 miesięcy, w 8 sprawach – od 60 do 96. W 8 innych przypadkach – 120 miesięcy (10 lat) oraz w 2 – 180 (15 lat). Zaznaczyć przy tym należy, iż w niektórych sprawach sąd określił, że czas stosowanego środka biegnie od momentu opuszczenia przez skazanego zakładu karnego, w innych natomiast nie. Podobna sytuacja miała miejsce odnośnie do zakazu przebywania w miejscach, w których znajdują się dzieci oraz zakazu wykonywania zawodu związanego z edukacją czy opieką nad dziećmi. Tylko w jednym przypadku zakaz pracy z dziećmi i młodzieżą określony został dożywotnio, w pozostałych sprawach trwał on od 3 do 10 lat.

Kwestia ta wydaje się o tyle istotna, że w przypadku niektórych środków istnieje potrzeba zastosowania ich od momentu skazania sprawcy, natomiast jeśli chodzi o inne – od chwili opuszczenia przez niego zakładu karnego. O ile zakaz zbliżenia się do osoby pokrzywdzonej czy do miejsc, w których przebywają dzieci (baseny, place zabaw), możliwy jest od faktycznego opuszczenia przez skazanego placówki penitencjarnej, to zakaz kontaktowania się z osobą pokrzywdzoną powinien biec od momentu skazania, gdyż kontakt ów nie musi być bezpośredni, lecz może być listowny czy telefoniczny.

W analizowanej grupie spraw wobec 8 badanych sąd orzekł, po odbyciu kary pozbawienia wolności, obowiązek zgłaszania się na komisariacie policji lub u kuratora

zawodowego. Częstotliwość tych zgłoszeń oraz czas trwania orzeczonego środka był również bardzo zróżnicowany. Poniżej przytoczono kilka z nich:

- jeden raz na 2 tygodnie przez 10 lat,
- co 3 miesiące przez 5 lat,
- raz na tydzień przez 5 lat,
- nie rzadziej niż co 3 miesiące przez 6 lat.

Wobec 2 sprawców sąd orzekł również nakaz opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z osobą pokrzywdzoną. W obu przypadkach sprawcą był ojciec molestujący swoje dzieci.

W 4 przypadkach sąd określił w postanowieniu minimalny okres pozbawienia wolności, po którym skazany może się ubiegać o przedterminowe warunkowe zwolnienie. W przypadku 2 sprawców były to 2 lata, w 1 przypadku 4 oraz w 1 sprawie 7 lat.

Tabela 11 Orzeczone środki karne		
	Liczba	Procent*
Zakaz kontaktowania się z pokrzywdzonym	23	71,9
Zakaz zbliżania się do pokrzywdzonego	23	71,9
Zakaz przebywania w miejscach, gdzie są dzieci	13	40,6
Obowiązek zgłaszania się w komisariacie policji	6	18,8
Zakaz wykonywania zawodu związanego z edukacją, opieką nad dziećmi	4	12,5
Obowiązek zgłaszania się u kuratora zawodowego	2	6,3
Nakaz opuszczenia lokalu	2	6,3
Obowiązek powstrzymania się od przebywania w określonych miejscach	1	3,1
Zadośćuczynienie	1	3,1
Dozór kuratora	1	3,1

\* Odsetki obliczono w odniesieniu do 32 osób, wobec których sąd orzekł inne środki zabezpieczające w postaci nakazów i zakazów.

We wszystkich analizowanych sprawach powoływano biegłych różnych specjalności, którzy mieli za zadanie stwierdzenie, oprócz rodzaju zaburzeń, na jakie ewentualnie cierpi podejrzany, weryfikację poczytalności, a także – w niektórych przypadkach – wypowiedzenie się co do kwestii związanych z ryzykiem ponownego popełnienia przez niego czynu o charakterze seksualnym.

W związku z faktem, że omawiany środek zabezpieczający powinien być stosowany wobec sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych, we wszystkich analizowanych sprawach (42) powoływani byli biegli z zakresu seksuologii, którzy mieli za zadanie wydać opinię na temat tego, czy sprawca przejawia zaburzenia preferencji seksualnych, a jeżeli tak, to jakiego są one typu. W ponad 90% spraw podejrzanego poddawano różnego rodzaju badaniom przeprowadzonym przez biegłych psychiatrów, natomiast w prawie 70% wydana została opinia psychologiczna.

Na temat niemalże co drugiego sprawcy sędzia dysponował również wywiadem środowiskowym przygotowanym przez zawodowego kuratora sądowego.



W co trzeciej sprawie wykorzystano specjalistyczne opinie wydane przez biegłych sądowych w innych sprawach (najczęściej związanych z innym przestępstwem o charakterze seksualnym). W 7 przypadkach skorzystano również z dokumentacji szpitalnej, zarówno dotyczącej obserwacji psychiatrycznej – w celu stwierdzenia przez biegłych poczytalności, jak i dokumentów z pobytu w tego typu placówkach w związku z przebytym leczeniem.

W 9 sprawach składane były ponadto opinie na temat podejrzanego przez osoby godne zaufania, reprezentujące środowisko sprawcy: np. pozytywna opinia: sołtysa, księdza z parafii, nauczycieli czy też mieszkańców wsi wraz z ich podpisami. Opinie te składane były z inicjatywy samego podejrzanego, jego obrońcy lub jego rodziny i właściwie nie miały wpływu na ferowany wyrok ani stosowany później przez sąd środek zabezpieczający. Szczegółowy rozkład tych opinii zaprezentowano w tabeli 12.

Tabela 12 Rodzaje opinii		
Rodzaje opinii	Liczba	Procent*
Opinia psychologiczna	29	69,0
Opinia psychiatryczna	38	90,5
Opinia seksuologiczna	42	100,0
Wywiad środowiskowy	18	42,9
Wykorzystano opinie biegłych w innej sprawie	15	35,7
Skorzystano z dokumentacji szpitalnej (np. z pobytu w szpitalu psychiatrycznym)	7	16,7
Inne opinie	9	21,4

Odsetki nie sumują się do 100, gdyż w jednej sprawie mogli być powoływani biegli sądowi z różnych dziedzin.

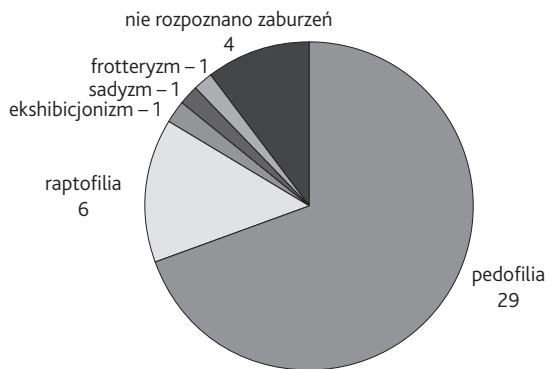
Interesująca jest też analiza opinii przygotowanych przez biegłych sądowych odnośnie do charakteru zaburzeń preferencji seksualnych, na jakie cierpi sprawca. W większości spraw stwierdzono pedofilię (29 osób), u 5 badanych biegli zdiagnozowali raptofilię, w pojedynczych przypadkach sadyzm (1), frotteryzm (1) – tzw. ocieractwo oraz ekshibicjonizm (2). W 4 sprawach, pomimo że sprawca popełnił czyn karalny polegający na molestowaniu dziecka (czyn pedofilny), nie stwierdzono u niego występowania zaburzeń preferencji seksualnych. W jednej z tych spraw środek zabezpieczający zastosowano obligatoryjnie w związku z tym, iż sprawca skazany został z art. 197 § 3 pkt 2 i 3 k.k., a w pozostałych 3 sprawach środek orzeczony został fakultatywnie, ponieważ sprawcom postawiono zarzuty z art. 200 § 1 k.k.

We wszystkich tych sprawach ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa (mimo że biegli nie mieli podstaw do stwierdzenia zaburzeń preferencji seksualnych), ocenione zostało jako wysokie lub bardzo wysokie.

W 3 przypadkach czyny popełnione przez sprawców związane były z zaawansowanym procesem uzależnienia od alkoholu – podkreślali to biegli psychiatrzy powołani w sprawach. Działanie sprawców polegało na zaspokojeniu popędu płciowego i miało charakter doraźny i zastępczy, gdyż dziecko znajdujące się blisko (córka, pasierbica) było łatwym celem służącym rozładowaniu napięcia seksualnego.

**Wykres 9**

Zdiagnozowane zaburzenia u sprawców (liczby bezwzględne)



Rodzi się więc w tym kontekście istotne pytanie: czy środek zabezpieczający dla sprawców przestępstw seksualnych wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych jest w takich sytuacjach odpowiedni? Główną przyczyną ich zachowań tkwi bowiem w samym uzależnieniu od alkoholu i na tym, wydaje się, w początkowym procesie terapii należałoby się skupić.

W jednym z przypadków, w którym u sprawcy nie stwierdzono zaburzeń preferencji seksualnych, wychowywał się on w rodzinie, w której ojciec wykorzystywał seksualnie jego rodzeństwo (2 starsze siostry).

Kwestia wykorzystywania seksualnego dzieci jest niezwykle istotna, szczególnie ze względu na koszty psychologiczne, jakie ponoszą osoby pokrzywdzone. W literaturze zwraca się uwagę na wpływ nadużyć seksualnych wobec dzieci na ich późniejsze funkcjonowanie w społeczeństwie, w szczególności na pełnione przez nie role społeczne oraz kształtowanie się tożsamości, w tym seksualnej<sup>44</sup>. W analizowanej grupie spraw w 4 przypadkach pojawiły się informacje o tym, że sprawca w dzieciństwie był molestowany seksualnie lub był świadkiem molestowania rodzeństwa.

Na podstawie zgromadzonych opinii psychologicznych, psychiatrycznych oraz seksuologicznych dokonano analizy typów osobowości oraz różnego rodzaju zaburzeń charakteryzujących sprawców przestępstw seksualnych.

W literaturze psychologicznej i psychiatrycznej podkreśla się, że zaburzenia osobowości są ciężkimi zaburzeniami struktury charakteru i sposobu zachowania się. Obejmują różne wymiary osobowości, przez co zaburzają funkcjonowanie w rolach społecznych i życiu zawodowym jednostki<sup>45</sup>.

W analizowanych sprawach u wszystkich sprawców rozpoznane zostały różnego rodzaju zaburzenia osobowości lub zaburzenia seksualne – u 38 sprawców zaburzenia preferencji seksualnych, natomiast u 35 – również zaburzenia osobowości. Wśród zdiagnozowanych zaburzeń osobowości dominowała osobowość nieprawidłowa (29 osób) – w piśmiennictwie zwana również osobowością psychopatyczną czy dys socjalną, charakteryzującą się przewagą sfery popędowo-emocjonalnej

<sup>44</sup> K. Fenik, *Terapia sprawców...*

<sup>45</sup> L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, s. 309.

nad sferą poznawczo-uczuciową<sup>46</sup>. U czterech sprawców rozpoznano osobowość zależną, a w 2 schizoidalną. Również w 4 przypadkach u sprawcy zdiagnozowano zaburzenia osobowości o podłożu organicznym, związane z nadużywania alkoholu, w wyniku którego nastąpiło uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. Osoby te charakteryzowały się deficytami w kontroli nad emocjami i popędami, a także zwiększoną impulsywnością oraz nieumiejętnością przewidywania skutków własnego zachowania.

Podkreślić należy, że zarówno zaburzenia osobowości, jak i zaburzenia seksualne często ze sobą współwystępują, przez co – jak podkreślają specjaliści z dziedziny psychoterapii – ich leczenie jest niezwykle trudnym i złożonym procesem<sup>47</sup>.

W toku badania zbierano również informacje dotyczące przebiegu całego postępowania karnego, zarówno przygotowawczego, jak i sądowego. Zwracano bowiem uwagę na istotne kwestie związane z ochroną osób pokrzywdzonych tego typu przestępstwami.

W analizowanej grupie spraw w 4 przypadkach na podstawie art. 191 § 3 kodeksu postępowania karnego osoba pokrzywdzona zwracała się z wnioskiem do prokuratora o utajnienie danych osobowych zawartych w aktach sprawy. Tylko w 2 przypadkach utajniono te dane ze względu na fakt, iż osoba ta obawiała się o swoje życie i zdrowie (podkreślić należy, że w jednym z tych przypadków dane te były i tak widoczne w aktach – adres zamieszkania ofiary, nr PESEL oraz numer telefonu). W pozostałych 2 sprawach prokurator odmówił utajnienia danych osobowych pokrzywdzonej, uznając, że takiego zagrożenia nie ma.

Z punktu widzenia ochrony osoby pokrzywdzonej istotne wydaje się być również prawo do powiadomienia jej o opuszczeniu przez skazanego zakładu karnego w wyniku odbycia kary w całości, warunkowego przedterminowego zwolnienia czy wyjścia na przepustkę lub uzyskania przerwy w karze. W analizowanych sprawach tylko w około 55% przypadkach (23 osoby) osobę pokrzywdzoną poinformowano o przysługującym jej prawie, a tylko w 3 przypadkach osoba ta z niego skorzystała.

W analizie sposobu orzekania środków zabezpieczających wobec sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych istotne wydaje się również, na jakim etapie postępowania doszło do ustalenia zaburzeń seksualnych. Ważne wydaje się też i to, jakie okoliczności oraz cechy sprawców brane były przez sędziów pod uwagę podczas ferowanych wyroków i jak przebiegało postępowanie wykonawcze w tego typu sprawach.

W ponad połowie spraw (29) sami biegli sądowi wnioskowali o zastosowanie środka zabezpieczającego na podstawie art. 95a § 1 k.k. Najczęściej wnioskowano o zastosowanie zakładu zamkniętego (16 spraw), w 4 przypadkach – o leczenie w warunkach ambulatoryjnych, natomiast w 9 sprawach biegli wypowiedzieli się ogólnie, że istnieje potrzeba zastosowania środka, lecz nie wskazywali, jaki ma on mieć charakter.

W analizowanej zbiorowości, wobec 30 sprawców zastosowano leczenie w zakładzie zamkniętym (71%), wobec pozostałych 12 (29%) orzeczono leczenie w warunkach ambulatoryjnych.

<sup>46</sup> A. Jakubik, *Diagnostyka osobowości nieprawidłowej (psychopatii)*, Psychologia.net.pl.

<sup>47</sup> L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, s. 309.

W połowie spraw (21) sędzia w wydanym postanowieniu nie określił sposobu postępowania ze sprawcą, wobec co trzeciego określono, że ma on zostać poddany oddziaływaniu psychoterapeutycznemu oraz farmakoterapii. W 5 sprawach sąd wskazał tylko na potrzebę zastosowania psychoterapii, w jednej natomiast na leczenie farmakologiczne mające na celu obniżenie popędu płciowego.

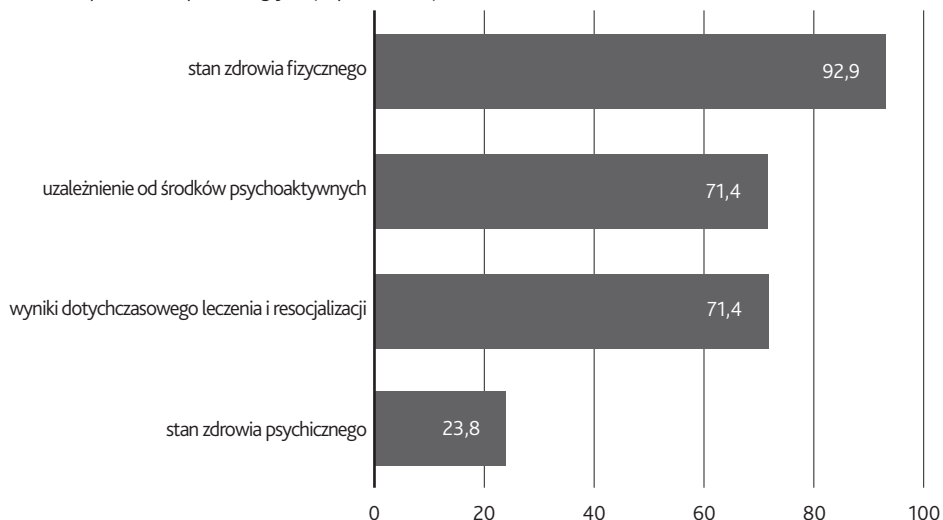
W zdecydowanej większości spraw (34, co stanowi 81%) sędzia – zanim podjął decyzję o zastosowaniu środka zabezpieczającego – sięgał po opinie biegłych sądowych w sprawie oceny ryzyka ponownego popełnienia przestępstwa seksualnego przez sprawcę. W 6 przypadkach nie pytał o takie ryzyko.

W 32 na 34 sprawy biegli zgodnie wypowiedzieli się, iż ryzyko takie w ich opinii istnieje, w pozostałych 2 przypadkach przyjęli sprzeczne stanowiska. Jedni ocenili, iż sprawca nie stwarza zagrożenia i może funkcjonować prawidłowo na wolności (w szczególności może podjąć leczenie w warunkach ambulatoryjnych), natomiast według opinii innych biegłych ryzyko takie było bardzo wysokie i istniała potrzeba jego izolacji. W pozostałych sprawach ryzyko ponownego popełnienia przez sprawcę podobnego przestępstwa o charakterze seksualnym ocenione zostało również jako wysokie.

Analizując dokumentację zawartą w poszczególnych sprawach, zauważyć można, że podczas orzekania środka zabezpieczającego z art. 95a § 1 k.k. sędziowie skupiali się głównie na weryfikacji poczytalności sprawcy oraz zaburzeniach w zakresie preferencji seksualnych, a więc formalnych wymogach związanych z prowadzoną sprawą. Zdecydowanie rzadziej przedmiotem ich zainteresowania były kwestie związane z dotychczasowym leczeniem, uzależnieniem od alkoholu lub stanem fizycznym. Najczęściej kwestie te poruszane były przypadkowo podczas opiniowania przez biegłych.

#### Wykres 10

Zakres opiniowania przez biegłych (w procentach)



Niezwykle istotnym, a niekiedy nawet niezbędnym, elementem w tego typu sprawach jest opinia biegłego. Biegli wypowiedzieli się zasadniczo w dwóch najważniejszych kwestiach. Po pierwsze, wykazywania przez sprawcę zaburzeń preferencji

seksualnych (i ich związku z popełnionym czynem); po drugie, poczytalności w chwili dokonywania czynu. Weryfikacja poczytalności sprawcy związana była najczęściej ze spożywaniem alkoholu podczas popełniania przestępstwa lub podejrzeniem, że sprawca wykazuje deficyty w sferze intelektualnej i zachodzą przesłanki wyłączające odpowiedzialność karną.

Warto dodać, że w co piątej sprawie opinie biegłych były rozbieżne (8 przypadków, co stanowi 19%). W 4 sprawach biegli prezentowali rozbieżne stanowiska w sprawie diagnozy zaburzeń preferencji seksualnych. Pierwszy zespół biegłych nie stwierdził występowania u sprawcy pedofilii, natomiast drugi już tak. W 2 przypadkach biegli wydali rozbieżne opinie w sprawie oceny intelektu podejrzanego, w pozostałych 2 sprawach odmiennie ocenione zostało ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa.

W takich sprawach sąd powoływał zawsze trzeciego niezależnego biegłego (uznanego w środowisku), którego opinia była rozstrzygająca.

#### 6.4.2. Postępowanie wykonawcze

Jednym z ważniejszych celów omawianego badania było poznanie praktyki orzekania środka zabezpieczającego na podstawie art. 95a § 1 k.k. oraz praktyki jego wykonywania. Jak już podkreślano, przepis ten obowiązuje od 2010 r. i nie jest często stosowany (74 orzeczone środki w ostatnich 5 latach). Analizie akt sądowych poddano zaś 42 sprawy (co stanowi 57% spośród wspomnianych 74).

Przedmiotem szczególnego zainteresowania były procedury związane z wykonaniem orzeczonej kary oraz sposobem realizacji środka zabezpieczającego, zarówno typu izolacyjnego, jak i ambulatoryjnego, a także kwestia związana z ustalaniem przez sąd, czy uległ zmianie koniec kary skazanego. Zgodnie z art. 95a § 2 k.k. potrzebę wykonywania orzeczonego środka sąd ustala w okresie do 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub przed wykonaniem kary.

W analizowanym materiale, w co trzeciej sprawie sąd ustalał, czy uległ zmianie koniec kary skazanego, wysyłając odpowiednie zapytanie do zakładu karnego. W sprawach tych sąd najczęściej zobowiązywał również odpowiedni zakład karny do informowania go o fakcie nabycia przez skazanego uprawnień do ubiegania się o warunkowe przedterminowe zwolnienie. W prawie 44% spraw (18) do takich ustaleń jednak nie dochodziło, w 1 zaś przypadku to zakład karny informował sąd zarówno o tym, że sprawca ubiega się o warunkowe przedterminowe zwolnienie, jak i o terminie posiedzenia sądu penitencjarnego. Również w 1 przypadku zakład karny interweniował w sądzie, zwracając uwagę, iż sprawca w niedługim czasie (3 miesiące) odbędzie karę pozbawienia wolności, a orzeczono wobec niego środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k. i istnieje potrzeba wyznaczenia miejsca leczenia. W pozostałych 10 sprawach (co stanowi niemalże 25%) w aktach brak było jakiegokolwiek wzmianki na ten temat. Można więc zakładać, że skoro skazany nie nabył praw do warunkowego przedterminowego zwolnienia lub koniec kary przypadał na czas późniejszy niż najbliższe 6 miesięcy, nie było takiej potrzeby.

Podczas toczącego się postępowania przygotowawczego i sądowego zgromadzono szeroki materiał dowodowy dotyczący sprawcy, były to również opinie biegłych sądowych powoływanych w sprawie. Zastanawia więc, że tylko w 13

przypadkach zakłady karne, w których skazany odbywał karę bezwzględnego pozbawienia wolności, zwróciły się do sądu o przesłanie im stosownej dokumentacji, w szczególności opinii biegłych.

W analizowanej grupie spraw, wobec około 1/4 badanych zastosowano terapeutyczny system odbywania kary (11), natomiast tylko 4 zakłady karne spośród wymienionych 11 poprosiły o przesłanie odpowiedniej dokumentacji ze sprawy, w szczególności opinii biegłych. Działanie takie należy ocenić pozytywnie, gdyż dokumentacja ta stanowiła bardzo dobre uzupełnienie informacji o skazanym. Przypuszczać można, że w sytuacji, gdy dokumentacja taka nie była ściągana, psycholog z danego zakładu karnego takiego rozpoznania dokonywał sam.

Ze względu na fakt, że większość badanych osób, wobec których orzeczono środek zabezpieczający, skazano na kary bezwzględnego pozbawienia wolności przekraczające 5 lat (a jak wynika ze statystyk MS, nikt nie korzystał z warunkowego przedterminowego zwolnienia, por. tabela 3), w chwili badania (tj. w 2015 r.) u 29 z 42 skazanych czas do końca kary przekraczał 6 miesięcy.

W analizowanych 5 latach (2010–2014) spośród spraw nadesłanych przez sądy tylko w 14 dokonywano ustaleń, czy w dalszym ciągu istnieje potrzeba stosowania orzeczonego środka zabezpieczającego.

Wyznaczenie odpowiedniej placówki odbywa się poprzez Krajowy Ośrodek Seksuologii Sądowej, który na podstawie zgromadzonego materiału w sprawie lub poprzez przeprowadzenie opiniowania biegłych wypowiada się co do potrzeby dalszego leczenia, warunków w jakich ma się ono odbywać (leczenie ambulatoryjne lub w zakładzie zamkniętym) oraz rodzaju zakładu. Placówki zamknięte, które zobowiązane są do przyjmowania osób w celu wykonania środka zabezpieczającego na podstawie art. 95a § 1 k.k., wymienione zostały w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (załączniki od 1 do 5). Rozporządzenie to przygotowane zostało w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości.

W 13 sprawach sąd zwracał się do Krajowego Ośrodka Seksuologii Sądowej o wskazanie miejsca, w którym sprawca mógłby podjąć leczenie w warunkach ambulatoryjnych lub o wskazanie zakładu zamkniętego prowadzącego oddziaływanie dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych. W 1 sprawie sąd sam w postanowieniu wyznaczył miejsce wykonania środka, bez konsultacji z Krajowym Ośrodkiem Seksuologii Sądowej, który – co należy podkreślić – jest centralnym koordynatorem wykonywania omawianych tu środków zabezpieczających.

W 6 z 14 analizowanych spraw orzeczono środek zabezpieczający w postaci zakładu zamkniętego, w pozostałych 8 natomiast leczenie w warunkach ambulatoryjnych.

We wszystkich przypadkach (6), w których orzeczono zakład zamknięty, została wskazana ta sama placówka i był to Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy. Placówka ta spełnia wymogi do wykonywania środków zabezpieczających i posiada łącznie 30 łóżek na oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Obszar jej działania (według miejsca zamieszkania sprawcy) został przewidziany dla całego województwa podlaskiego. Tym bardziej zastanawia więc



fakt, że wszyscy sprawcy, wobec których zastosowano środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k., bez względu na miejsce zamieszkania (inne województwo) zostali do niej skierowani i w niej umieszczeni.

W analizowanych sprawach pojawiły się informacje, że osoby skierowane do danej placówki nie mogły zostać do niej przyjęte ze względu właśnie na brak miejsc. Odległość zakładu, w którym przebywa skazany, od jego miejsca zamieszkania, nie jest bez znaczenia. Zwraca się bowiem uwagę na potrzebę podtrzymywania więzi i relacji z rodziną osób skazanych, w szczególności poprzez umożliwienie im spotykania się. W analizowanych sprawach kwestie te nie były brane pod uwagę – o umieszczeniu w danej placówce decydowały raczej względy ekonomiczne.

W 8 przypadkach orzeczono środek zabezpieczający polegający na leczeniu w warunkach ambulatoryjnych. Krajowy Ośrodek Seksuologii Sądowej (również na podstawie wykazu zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających zawartych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia) wskazywał miejsce, gdzie takie oddziaływanie ma być podjęte. W 3 przypadkach wskazano na Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Warcie, w 3 innych przypadkach wskazano na Centrum Zdrowia Psychicznego „PRO VITA” w Krakowie, w 2 natomiast był to Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Witolda Orłowskiego w Warszawie.

Również i w tych sytuacjach, co należy podkreślić, dochodziło do szeregu problemów. Po pierwsze, Krajowy Ośrodek Seksuologii Sądowej wyznaczał placówki, które miały za zadanie prowadzenie leczenia w warunkach ambulatoryjnych, lecz w rzeczywistości takiego leczenia nie prowadziły lub nie miały podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. W praktyce więc sprawcy zgłaszali się do takiej placówki, a następnie byli odsyłani ze względu na brak umowy lub brak odpowiedniego specjalisty. Co istotne, sprawca przebywał w tym czasie na wolności, bez odpowiedniego wsparcia terapeutycznego i (przypuszczać można) farmakologicznego.

Po drugie, na podstawie przeprowadzonej analizy akt można wysunąć wniosek, że ustawodawca nie uwzględnił możliwości przemieszczania się tej kategorii skazanych, ponieważ częste było również kierowanie do podjęcia leczenia ambulatoryjnego do placówki oddalonej od ich miejsca zamieszkania o 300 km, a nawet – w jednej z analizowanych spraw – o 600 km. Podkreślić przy tym należy, że osoby, wobec których orzeczono omawiany środek zabezpieczający, po opuszczeniu zakładu karnego mają podjąć leczenie we wskazanym im miejscu najczęściej w ciągu miesiąca. Tymczasem tuż po opuszczeniu zakładu karnego nie mają one z reguły pracy, nie zawsze mogą też liczyć na pomoc krewnych, a dojazdy na wizyty (co najmniej raz w miesiącu) stanowią poważne obciążenie finansowe. W jednej z analizowanych spraw skazany zwracał się do kilku instytucji (OPS, kurator, sąd) o udzielenie mu pomocy finansowej związanej z dojazdami na terapię, lecz nie została mu ona przyznana.

Szczególną uwagę należy zwrócić na sytuacje, w których skazani nie mogli podjąć odpowiedniego leczenia w warunkach ambulatoryjnych ze względu na brak placówki świadczącej takie usługi, brak umowy z NFZ oraz znaczną odległość do placówki wskazanej przez Krajowy Ośrodek Seksuologii Sądowej. Mimo pisanych odwołań, apelacji oraz próśb, nie zaoferowano im jednak odpowiedniej pomocy w pobliżu miejsca zamieszkania. W rezultacie środek polegający na leczeniu w warunkach ambulatoryjnych zamieniony został na umieszczenie w zakładzie zamkniętym.



Na znaczną odległość do placówek, w których odbywało się leczenie ambulatoryjne, wskazywali również inni skazani, którzy kontynuowali leczenie i przez cały czas starali się o wskazanie innego miejsca, bliżej miejsca zamieszkania.

Niezwykle ciekawych informacji dostarczyły analizy opinii Krajowego Ośrodka Seksuologii Sądowej w Gostyninie, który wyznaczał miejsce terapii, wskazywane później w postanowieniu sądu. Interesujące były zwłaszcza cechy skazanych brane pod uwagę podczas wskazywania odpowiedniej placówki do realizacji orzeczonego środka zabezpieczającego. Starano się również ustalić czynniki wpływające na wybór jednostki o określonych warunkach zabezpieczenia oraz to, czy obowiązujące rozwiązania prawne funkcjonują w prawidłowy sposób, mając na uwadze zarówno dobro osób pokrzywdzonych, jak i skazanych.

Analizowano 14 spraw, w których Krajowy Ośrodek Seksuologii Sądowej wskazywał miejsce, do którego powinien być skierowany skazany w celu realizacji orzeczonego środka zabezpieczającego. W niemalże co drugiej sprawie (6), Ośrodek bazował jedynie na dotychczasowych opiniach biegłych w sprawie, nie brano pod uwagę faktu, iż podczas około 2-letniego pobytu w zakładzie karnym sytuacja skazanego mogła się zmienić. W pozostałych 8 sprawach przygotowana została aktualna opinia dotycząca funkcjonowania skazanego. Tylko w 1 przypadku Ośrodek zwracał się do zakładu karnego, w którym odbywał karę skazany, o przesłanie opinii oraz informacji związanych z jego funkcjonowaniem na terenie placówki i oddziaływaniem terapeutycznym.

W analizowanych sprawach brak było jasnych informacji o tym, na kim spoczywa obowiązek ustalenia, jaki jest aktualny stan psychiczny skazanego. W części spraw (8) sąd w okresie 6 miesięcy przed końcem kary powoływał biegłych mających za zadanie ustalenie, czy jest potrzeba dalszego stosowania środka zabezpieczającego i – ewentualnie – w jakiej formie, a następnie zwracał się do Ośrodka o wskazanie miejsca, gdzie takie leczenie może być prowadzone. W pozostałych sprawach (6 przypadków) sąd nie powoływał biegłych, lecz bezpośrednio zwracał się do Ośrodka o wskazanie miejsca terapii. W sprawach tych Krajowy Ośrodek Seksuologii Sądowej wydawał taką opinię w oparciu o opinie biegłych w sprawie karnej. Interesujące wydaje się także i to, że w 7 z 8 spraw, w których sąd powoływał biegłych do wydania opinii, opiniowania dokonywano również w Krajowym Ośrodku Seksuologii Sądowej. Sytuacja taka wydaje się być zbędna, szczególnie że wnioski w tych opiniach były identyczne.

Należy również zwrócić uwagę na kwestie niewykorzystywania informacji związanych z pobytem skazanego w zakładzie karnym – tylko w 1 sprawie poproszono o taką opinię. W pozostałych sprawach (13) nie ustalano, czy więzień zachowywał się agresywnie, czy próbował dokonywać ucieczek lub samouszkodzeń, czy odbywał karę w systemie terapeutycznym i jaki był jej przebieg oraz efekt. Wydaje się, że informacje te są istotne ze względu na fakt, iż ma zostać podjęta decyzja o potrzebie stosowania środka zabezpieczającego, o warunkach, w jakich ma być on wykonywany (zakład zamknięty lub leczenie ambulatoryjne).

Na podstawie informacji zawartych w aktach spraw ustalono, że w analizowanych 14 przypadkach stwierdzono potrzebę zastosowania orzeczonego środka zabezpieczającego na podstawie art. 95a § 1 k.k. Wobec 7 orzeczono środek zabezpieczający w postaci zakładu zamkniętego, w pozostałych 7 zaś leczenie w warunkach ambulatoryjnych.

W większości spraw (9) nie nastąpiła zmiana orzeczonego środka. W 3 przypadkach orzeczono leczenie ambulatoryjne i je utrzymano, natomiast w 6 orzeczono umieszczenie w zakładzie zamkniętym. W 5 sprawach nastąpiła zmiana w zakresie typu zastosowanego środka zabezpieczającego, wobec 1 osoby zmieniono leczenie w warunkach ambulatoryjnych na umieszczenie w zakładzie zamkniętym, a w pozostałych 4 odwrotnie – zakład zamknięty został zamieniony na leczenie w warunkach wolnościowych.

Analiza akt dostarczyła też informacji o istnieniu pewnych niejasności w kwestiach organizacyjnych związanych z wykonaniem orzeczonego środka. Brak jest, jak się wydaje, jasnych wytycznych, co do technicznych aspektów wykonywania badanego środka. Dlatego też w kilku sprawach dochodziło do „utarczek” pisemnych instytucji obciążających się wzajemnie pewnymi obowiązkami.

Pierwszy problem, który warto zasygnalizować, dotyczył kwestii związanych z informowaniem odpowiednich organów o skazaniu. W nieco ponad 1/4 spraw sąd przesyłał odpis prawomocnego orzeczenia odpowiedniej jednostce policji. W większości spraw policja była informowana wtedy, gdy wobec sprawcy orzeczono leczenie w warunkach ambulatoryjnych.

Drugi problem, który uwidocznił się w analizowanych sprawach, dotyczył tego, czy sąd ma ustalać z placówką, kiedy ma nastąpić termin przetransportowania skazanego, czy ma informować tylko o terminie przetransportowania „internowanego” i – co istotne – kto fizycznie ma dokonać przewiezienia do odpowiedniej placówki, szczególnie jeżeli będzie to ośrodek oddalony od zakładu karnego o kilkaset kilometrów oraz kto będzie pokrywał koszty w związku z transportem.

Kwestie związane z ustaleniem terminu przewiezienia więźnia nie były jednoznacznie rozumiane, gdyż w 3 sprawach z 7, w których orzeczono zakład zamknięty, sąd poinformował placówkę o terminie przetransportowania skazanego do zakładu. W 4 natomiast brak było informacji, czy wyznaczona placówka została poinformowana, czy też rola sędziego kończyła się na wydaniu postanowienia w sprawie.

Brak jest również jednolitej praktyki w kwestiach dotyczących zawiadamiania sądu, czy osoba, wobec której orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k., została przyjęta do zakładu. W 2 przypadkach na 7 taka procedura została zachowana, natomiast w pozostałych 5 przypuszczać można, że skoro w aktach nie została zawarta taka informacja, to skazany został umieszczony w zakładzie zamkniętym.

Ważnym elementem procesu resocjalizacji jest współpraca różnego rodzaju instytucji, polegająca m.in. na wymianie zgromadzonych informacji. Pomimo tak ograniczonego materiału empirycznego, zaobserwowano, że brak było pełnej współpracy pomiędzy zakładami lecznictwa, sądami a zakładami karnymi. Wobec każdego ze skazanych, w toku zarówno postępowania przygotowawczego, jak i sądowego czy odbywania kary bezwzględnej pozbawienia wolności, gromadzony jest szeroki materiał odnoszący się do jego czynu oraz specyfiki zaburzeń preferencji seksualnych. Dokumentowane są również informacje dotyczące procesu terapeutycznego, przygotowywane prognozy kryminologiczne oraz tworzone plany pracy terapeutycznej. Ważna wydaje się więc wymiana zgromadzonych już informacji pomiędzy instytucjami, szczególnie po to, aby móc dostosować odpowiedni plan oddziaływania w pracy ze skazanymi.

W polskim ustawodawstwie brak jest niestety unormowań powyższych kwestii. W analizowanej grupie spraw w 1 przypadku placówka, w której umieszczony został skazany w trybie art. 95a § 1 k.k., zwróciła się do sądu o przesłanie informacji oraz opinii ze sprawy, w 3 przypadkach sąd sam przesłał całą dokumentację do zakładu zamkniętego, natomiast w pozostałych 3 sprawach brakowało takiej wymiany informacji. Nie doszło również do wymiany zgromadzonych danych pomiędzy zakładem karnym, a placówką leczenia w trybie art. 95a § 1 k.k. Wydaje się, że taka wymiana informacji byłaby korzystna, szczególnie z perspektywy przyszłej pracy i oddziaływania stosowanego wobec skazanego. Każda z placówek (zakład karny i zakłady zamknięte, placówki lecznictwa ambulatoryjnego) prowadzi terapię w zakresie wykazywanych zaburzeń, lecz odbywa się to w oderwaniu od działań innych placówek.

W żadnej z badanych 14 spraw, w których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k., w latach 2010–2014 okres jego realizacji jeszcze się nie zakończył. Widać więc, że jest to faktycznie środek długoterminowy, a na obecnym etapie jego wykonywania trudno jest nawet prognozować, czy efektywny. Wobec 2 skazanych nastąpiła zmiana z leczenia w warunkach ambulatoryjnych na leczenie w zakładzie zamkniętym, a w pozostałych przypadkach utrzymano dotychczasową formę leczenia.

Pośród 14 spraw tylko w 2 przypadkach składano wniosek o zakończenie stosowania środka zabezpieczającego. W pierwszym – ze względu na długość jego trwania (sprawca od około 2 lat przebywał w zakładzie zamkniętym), natomiast w drugim – ze względu na odległość od domu oraz problem z kontaktami z rodziną. W obu przypadkach sąd, po zasięgnięciu i uwzględnieniu opinii z zakładu, w którym przebywał skazany, nie uwzględnił wniosku.

We wszystkich analizowanych sprawach, w których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k., dokonywano systematycznej weryfikacji zarówno uczestnictwa skazanych w programie, jak i czynionych postępów. Ze względu na specyfikę leczenia w warunkach wolnościowych i w zakładzie zamkniętym przebiegała ona jednak odmiennie.

W obu sytuacjach, zgodnie z obowiązującymi przepisami, placówki składały co 6 miesięcy sprawozdanie z prowadzonego oddziaływania, odbywało się to na zapytanie sądu. Były to krótkie sprawozdania w formie wniosków, zawierające charakterystykę postępów skazanego w terapii oraz opinię co do dalszego stosowania środka, z uwzględnieniem kierunku dalszego oddziaływania. W odniesieniu do placówek, w których leczenie odbywało się w warunkach zamkniętych, stosowano tylko kontrolę, co 6 miesięcy.

Dużo trudniejsze i bardziej skomplikowane okazało się sprawowanie kontroli nad skazanymi, którzy leczyli się w warunkach ambulatoryjnych. Oprócz kontroli półrocznej w formie sprawozdania, sąd raz w miesiącu kierował zapytanie do placówki, w której leczyl się skazany, o przesłanie informacji, na kiedy planowany jest termin wizyty skazanego (w sprawach, w których orzeczono ten rodzaj środka, najczęściej raz na miesiąc). Po planowanym terminie wizyty sąd zwracał się do placówki z zapytaniem, czy skazany zgłosił się na nią i jaki jest następny termin wizyty. Taką biurokratyczną formę kontroli należy uznać za co najmniej uciążliwą – nie tylko dla placówki, lecz również dla samych sądów.

Niekiedy sądy zobowiązywały placówki do informowania o niestawiennictwie skazanego na zaplanowaną wizytę.

Poniżej przedstawiono opis jednej ze spraw, pokazujący jak skomplikowany i sformalizowany może być proces kontroli przez sąd orzeczonego środka zabezpieczającego w warunkach ambulatoryjnych:

„Sprawca to 27-letni mężczyzna, skazany z art. 200 § 1 k.k. W toku prowadzonej sprawy biegli stwierdzili u niego zaburzenia osobowości pod postacią osobowości niedojrzałej oraz zaburzenia preferencji seksualnych w postaci pedofilii. Pomimo, że biegli psychiatrzy ocenili ryzyko popełnienia przez sprawcę przestępstwa podobnego, jako wysokie i wskazywali na konieczność leczenia w warunkach zakładu zamkniętego, to sąd wydał postanowienie o leczeniu w warunkach ambulatoryjnych z ustaleniem częstotliwości wizyt, na co najmniej dwa razy w miesiącu. Jednocześnie sąd zobowiązał placówkę do każdorazowego informowania go, o niestawiennictwie skazanego na wizytę (16.09.2013).

- 7.10.2013 – pismo z placówki, że skazany nie skontaktował się z ośrodkiem leczenia.
- 15.10.2013 – pismo sądu do policji o doprowadzenie skazanego na leczenie.
- 5.11.2013 – pismo policji, że 4.11.2013 doprowadzono skazanego na leczenie.
- 25.11.2013 – Prośba skazanego o przeniesienie do ośrodka bliżej miejsca zamieszkania. Nie może on bowiem dojeżdżać dwa razy w miesiącu ze względu na koszty dojazdu. Mieszka w Gliwicach a leczenie odbywa się w Krakowie (około 100 km.). Policja dowozi go wprawdzie na leczenie, ale on nie ma pieniędzy na powrót.
- 9.12.2013 – pismo placówki, że skazany przerwał leczenie.
  - Pismo sądu do policji o doprowadzenie na leczenie.
  - Pismo policji że skazany nie otwiera drzwi.
  - Pismo policji, że doprowadzono skazanego.
  - Pismo skazanego, że zwracał się z prośbą o pomoc finansową w pokryciu kosztów dojazdu na leczenie do OPS, PCPR oraz kuratorów, lecz takiej pomocy nie otrzymał.
  - Pismo placówki, że skazany przerwał leczenie.
  - Pismo sądu do policji o doprowadzenie na leczenie.
  - Pismo skazanego z adresami placówek na terenie Gliwic, w których mógłby kontynuować leczenie. Prośba o przeniesienie leczenia bliżej miejsca zamieszkania.
  - Pismo placówki, że skazany przerwał leczenie.
  - Sąd wydał postanowienie o przyznaniu pomocy postpenitencjarnej na przejazd (52 PLN).
  - Postanowienie o kontynuacji stosowania środka ambulatoryjnego.
  - Odmowa udzielenia pomocy postpenitencjarnej.
  - Pismo placówki, że skazany przerwał leczenie.
  - Pismo sądu do policji o doprowadzenie na leczenie.
  - Pismo policji, że nie zdołano zatrzymać skazanego.
  - Pismo sądu do policji o doprowadzenie na leczenie.
- 29.05.2014 – Postanowienie sądu o zmianie leczenia ambulatoryjnego na zakład zamknięty o wzmocnionych zabezpieczeniach.”

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Pomimo że zebrany materiał empiryczny stanowią jedynie 42 sprawy, analiza zawartej w nich dokumentacji pozwoliła na wysunięcie wielu wniosków dotyczących zarówno problemów związanych ze stosowaniem tego typu środków zabezpieczających, jak również praktycznych aspektów związanych z ich orzekaniem oraz wykonaniem. Prezentowane w niniejszym raporcie wyniki są pokłosiem pierwszej części szerokiego badania dotyczącego stosowania środka zabezpieczającego na podstawie art. 95a § 1 k.k. Pomimo że w tym czasie nastąpiła istotna zmiana w kwestii regulacji prawnych dotyczących środków zabezpieczających, to uzyskane rezultaty oraz opracowane na ich podstawie wnioski nie straciły na aktualności.

Na wstępie tej części rozważań warto zasygnalizować kwestię wiarygodności danych statystycznych odnoszących się do liczb stosowanych środków zabezpieczających. Już na początku prowadzonego badania pojawił się problem braku zgodności danych otrzymanych z Ministerstwa Sprawiedliwości i informacji otrzymanych od poszczególnych sądów rejonowych i okręgowych, w których orzekano niniejszy środek zabezpieczający. W wielu przypadkach liczby te różniły się znacząco. Poszczególne sądy wskazywały, że w latach 2010–2014 nie orzekano takiego środka, natomiast w sprawozdaniach widniała informacja, że taki środek był orzekany lub odwrotnie.

Drugim zasadniczym problemem, na który warto zwrócić uwagę, jest brak jasnych wytycznych dotyczących tego, jak niniejszy środek zabezpieczający ma być stosowany, jakie są procedury jego zastosowania, kto odpowiada za weryfikację zmiany końca kary, kto ma obowiązek przetransportowania skazanego do odpowiedniej placówki (i co zrobić w sytuacji, gdy zobowiązany podmiot odmówi) oraz czy może być pobrana opłata za taką usługę, a jeżeli tak – to w jakiej wysokości.

Problematyczne okazało się również przekazywanie informacji pomiędzy instytucjami oraz niekiedy rażący brak współpracy powodujący dublowanie pewnych działań. Rozwiązania prawne mają, rzecz jasna, charakter ramowy, ale na podstawie analizy akt można stwierdzić, że istnieją jednak problemy interpretacyjne.

Jeden z takich technicznych problemów polegał na ustawicznym zwracaniu się sądów do Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających w celu wskazania miejsca wykonywania środka zabezpieczającego na podstawie art. 95a § 1 k.k., przy czym odpowiednią jednostką powołaną do tego typu zadań jest Regionalny Ośrodek Seksuologii Sądowej w Gostyninie. Wydaje się, że sędziowie tej elementarnej wiedzy nie mieli, gdyż wnioski kierowali do ww. Komisji.

Drugą kwestią jest system odbywania kary. Tylko w niewielkiej liczbie wyroków sędzia wskazywał na system, w jakim skazany ma odbyć karę pozbawienia wolności. Jednak zgodnie z art. 96 § 1 k.k.w. wszyscy skazani za przestępstwa określone w art. 197–203 k.k., popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, odbywają karę w systemie terapeutycznym. Orzekanie więc w wyroku systemu odbywania kary wydaje się, by tak rzec, nieco nadmiarowe, lecz nie należałoby oceniać tych procedur zbyt rygorystycznie, gdyż ich nadrzędnym celem wydaje się być dobro samych skazanych i ochrona potencjalnych ofiar poprzez poddanie sprawcy terapii.

Kolejną kwestią jest niekorzystanie (lub korzystanie w bardzo wąskim zakresie) przez zakłady karne z ekspertyz, opinii biegłych sądowych lub dokumentacji

z przebytego leczenia czy terapii skazanego zgromadzonych w sprawie karnej. Brak jest uregulowań mówiących o tym, że takie dokumenty mają zostać przekazane zaraz po uprawomocnieniu się wyroku do placówki penitencjarnej, w której skazany będzie odbywał karę. Tylko w nielicznych sprawach zakład karny zwracał się do sądu o przesłanie takich opinii. Skazany, trafiając na oddział terapeutyczny, nie musiał bowiem wówczas przechodzić diagnostyki. W dokumentacji takiej zebrany jest również cały obszerny wywiad dotyczący funkcjonowania skazanego na wolności, podłoża jego zaburzeń oraz przebiegu kariery przestępczej, w tym szczególnie związanej z dokonywaniem przestępstw o charakterze seksualnym, a niekiedy nawet cała historia leczenia tychże zaburzeń. Korzystanie z dorobku, wiedzy oraz ustaleń innych specjalistów powoływanych w sprawie jako biegłych, wydaje się niezwykle ważne, szczególnie jeżeli mamy do czynienia z tak trudnymi skazanymi, jakimi są sprawcy wykazujący zaburzenia preferencji seksualnych.

W analizowanych sprawach do rzadkości nie należały sytuacje, w których powoływani biegli nie byli zgodni co do kwestii występowania zaburzeń, ich roli w przestępstwie, występowania upośledzenia czy stopnia zagrożenia, jakie stwarza skazany. W takich sytuacjach powoływani byli inni biegli, najczęściej znani specjaliści, którzy rozstrzygali wątpliwe kwestie.

Warto również zasygnalizować problem informowania sądu o zmianach związanych z końcem kary skazanego, np. nabyciem przez niego uprawnień do ubiegania się o warunkowe przedterminowe zwolnienie. W większości przypadków kwestia ta rozwiązywana była w taki sposób, że sąd zwracał się do zakładu penitencjarnego, w którym skazany odbywał karę, o informację, kiedy przypada planowany koniec kary i jednocześnie zobowiązywał placówkę do poinformowania sądu o takiej zmianie. Zdarzały się również przypadki, w których takiej weryfikacji nie było i to zakład karny zwracał się do sądu z przypomnieniem o zbliżającym się końcu kary i potrzebie wyznaczenia placówki, w której będzie się odbywało leczenie.

Niezwykle istotna jest też kwestia procedury weryfikacji przez sądy potrzeby dalszego stosowania orzeczonego środka zabezpieczającego oraz sposobów wydawania opinii i wyznaczania właściwych placówek lecznictwa ambulatoryjnego lub zakładów zamkniętych. Odpowiedniej weryfikacji oraz wskazania placówki dokonuje, jak wiadomo, Krajowy Ośrodek Seksuologii Sądowej. Analiza akt karnych i wykonawczych wskazuje jednak, że opiniowanie nie zawsze odbywa się w oparciu o aktualne dane dotyczące skazanego. W części spraw opinia taka wydawana była tylko na podstawie dokumentacji zawartej w aktach sprawy. Ośrodek, po przeanalizowaniu dokumentacji sprawy karnej wraz z opiniami biegłych, wyznaczał odpowiednią placówkę z należyтым poziomem zabezpieczeń. Istotną wadą tej procedury wydaje się pomijanie aktualnego badania skazanego. W zakładzie karnym poddawany jest on również oddziaływaniu terapeutycznemu (obligatoryjnie odbywa karę w systemie terapeutycznym), przez co jego sytuacja może być inna niż przed obyciem kary pozbawienia wolności.

Co zaskakujące, ośrodki bardzo rzadko korzystały z opinii zakładów karnych dotyczących takich skazanych. Wydaje się zaś, że informacje o tym, jak funkcjonowali oni podczas pobytu w zakładzie karnym, mają znaczenie: czy byli agresywni, dokonywali prób samobójczych lub samookaleceń oraz czy nie stwarzali zagrożenia wobec innych współosadzonych (zdarzały się takie przypadki). Przebieg terapii



w zakładzie karnym był również pomijany, wydaje się zaś, że są to informacje podstawowe, mające wpływ na rodzaj orzeczonego środka zabezpieczającego – leczenie w zakładzie zamkniętym lub warunkach ambulatoryjnych.

Podczas analizy materiału empirycznego zwrócono uwagę na jeszcze jedną kwestię. Otóż o ile mankamentem procedury wydaje się być brak aktualnej opinii w sprawie, o tyle zbędne jest podwójne opiniowanie. Zdarzały się bowiem sprawy, w których sąd na pół roku przed końcem kary powoływał biegłych, w celu weryfikacji potrzeby zastosowania orzeczonego środka oraz warunków leczenia, w jakich ma ono przebiegać. Następnie Ośrodek – pomimo zawartych w dokumentacji aktualnych opinii – powielał takie działania, poddając skazanego następnym badaniom i diagnozowaniu.

W procedurze orzekania środka zabezpieczającego na podstawie art. 95a § 1 k.k. istotne jest wyznaczanie odpowiedniej placówki lecznictwa ambulatoryjnego lub zakładu zamkniętego. Również na tym etapie pewne procedury wymagają poprawy. Krajowy Ośrodek Seksuologii Sądowej nie posiadał aktualnych informacji o placówkach wyznaczonych do realizacji środków zabezpieczających na podstawie art. 95a § 1 k.k. Osoby kierowane były do placówek, które nie miały podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (znajdowały się jednak w wykazie placówek, mających takie zadania pełnić) lub nie miały wolnych miejsc.

Istotnym problemem, który uwidocznił się w toku prowadzonej analizy, jest również odległość ośrodków od miejsc zamieszkania. Sytuacja taka dotyczyła zarówno skazanych, wobec których zastosowano leczenie w warunkach zakładu zamkniętego, jak i tych, którzy mieli obowiązek podjąć leczenie w warunkach ambulatoryjnych. Skazani zwracali się z pismami, zażaleniami i wnioskami o zmianę miejsca wykonywania środka ze względu właśnie na odległość. Podnoszone były również kwestie finansowe, ponieważ skazani, którzy opuścili zakład penitencjarny, byli najczęściej bez dochodu (nie zawsze mogli liczyć na pomoc rodziny po wyjściu z zakładu karnego), co powodowało, że dojazdy do placówek lecznictwa ambulatoryjnego (nawet po 300 km w jedną stronę) stanowiły dla nich poważne obciążenie finansowe.

Innym problemem natury technicznej jest kwestia, kto odpowiada za przetransportowanie skazanego do zakładu zamkniętego, w którym realizowany będzie środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k. Czy obowiązek ten ciąży na policji, służbie więziennej czy innych instytucjach? W większości spraw kwestie te nie były poruszane w aktach wykonawczych, co sygnalizowałoby, że nie było takiego problemu, a związane jest to również z tym, że istnieją odpowiednie regulacje prawne rozstrzygające te kwestie (art. 201 k.k.w.). Jednak w 2 przypadkach sąd przez kilka tygodni rozstrzygał problem, na kim ciąży obowiązek przetransportowania skazanego oraz kto powinien pokryć koszty takiego działania. W 1 sprawie przewiezienia dokonano karetką pogotowia, a koszt transportu wyniósł 15.000 zł, w 2 natomiast skazanego przewieźli funkcjonariusze policji radiowozem, a koszt transportu wyceniony został według faktury na 4.700 zł. W obu przypadkach koszty pokrył sąd rejonowy.

W trakcie postępowania pojawiały się również inne problemy związane np. z ochroną osób pokrzywdzonych. Do rzadkości należały sytuacje, w których osoba pokrzywdzona zwracała się o utajnienie danych ze względu na obawę przed



sprawcą. W tych jednak sporadycznych sytuacjach zdarzały się odmowy prokuratora, a w dwóch przypadkach, w których utajniono takie dane, były one i tak widoczne – również dla sprawcy – podczas przeglądania akt (adres zamieszkania ofiary, numer telefonu). Wydaje się zaś, że ochrona osób pokrzywdzonych powinna być priorytetem w tego typu sprawach. Należy przy tym podkreślić, że nie chodzi tylko o ochronę iluzoryczną, lecz faktyczną dbałość, polegającą na zagwarantowaniu maksymalnej ochrony – zarówno fizycznej, jak i psychicznej – osobie pokrzywdzonej.

Warto również zwrócić uwagę na wysokość wyroków ferowanych przez sądy skazanym, wobec których orzeczono środek zabezpieczających na podstawie art. 95a § 1 k.k. Spora ich grupa została bowiem skazana na długoterminowe kary pozbawienia wolności, przekraczające 5, a nawet 10 lat. Podkreślić przy tym należy, że więzień opuszczający zakład karny, jeżeli orzeczono wobec niego środek zabezpieczający w postaci zakładu zamkniętego, pozostaje w faktycznej izolacji przez następnych kilka lat. Według obowiązujących przepisów sprawcy tacy powinni całą karę pozbawienia wolności odbywać w systemie terapeutycznym, lecz w praktyce programy przewidziane dla sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych trwają około 12 miesięcy, a pozostały czas „zapełniany” jest innymi oddziaływaniami niezwiązanymi bezpośrednio z ww. zaburzeniami.

Analiza dokumentacji zawartej w poszczególnych sprawach pozwala na stwierdzenie, że podczas orzekania środka zabezpieczającego z art. 95a § 1 k.k. sędziowie skupiali się głównie na weryfikacji poczytalności sprawcy oraz zaburzeniach w zakresie preferencji seksualnych, a więc formalnych wymogach związanych z prowadzoną sprawą. Zdecydowanie rzadziej przedmiotem ich zainteresowania były kwestie związane z dotychczasowym leczeniem czy uzależnieniem od alkoholu lub stanem fizycznym sprawcy.

Jedną z ważniejszych kwestii, na które należy zwrócić uwagę, jest fakt, że ponad 75% skazanych wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych, wobec których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k., już wcześniej dokonało co najmniej jednego przestępstwa o charakterze seksualnym. Skłania to do postawienia istotnego pytania: czy możliwa była wcześniejsza reakcja systemu wymiaru sprawiedliwości w celu zapobieżenia popełnieniu przez sprawcę dalszych przestępstw? W referowanym badaniu nie było możliwe odtworzenie wcześniejszych danych dotyczących opiniowania przez biegłych w zakresie zaburzeń preferencji seksualnych. Zasadny wydaje się jednak postulat, aby przynajmniej w przypadkach, w których dochodzi do wykorzystania seksualnego dziecka obligatoryjnie dokonywano ustalenia, czy sprawca nie wykazuje zaburzeń preferencji seksualnych pod postacią pedofilii. Pozwalałoby to na podjęcie odpowiednich kroków zabezpieczających i leczniczych już na etapie odbywania kary za pierwsze przestępstwo tego typu.

Drugim ważnym wnioskiem płynącym z badania jest odpowiednia weryfikacja osób zajmujących się pracą z dziećmi czy młodzieżą. W obecnym stanie prawnym osoby takie nie muszą przedstawiać dokumentacji z Krajowego Rejestru Karnego. Wprawdzie zdarzały się sporadyczne przypadki, że osoby karane były za przestępstwa z art. 200 § 1 k.k. lub miały orzeczony zakaz zbliżania się do miejsc, w których przebywają dzieci, a mimo to taką działalność kontynuowały. Warto by jednak

rozważyć wprowadzenie obligatoryjnego sprawdzania osób zajmujących się zawodowo lub nawet wolontaryjnie pracą z dziećmi czy młodzieżą pod kątem zarówno karalności, jak i zastosowanych uprzednio środków karnych.

Podsumowując, w żadnej z 14 badanych spraw, w których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k., w analizowanym okresie (2010–2014) jego realizacja się nie zakończyła. Jest to więc faktycznie środek długoterminowy. Zresztą, jak wskazują liczne badania, czas trwania terapii sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych szacuje się na minimum 2–3 lata w łagodnym przebiegu, tj. takim, gdy początkowe rokowania są pozytywne.

Na obecnym etapie stosowania środków zabezpieczających trudno jest więc określić ich skuteczność ze względu na fakt, że żaden sprawca faktycznie nie ukończył jeszcze procesu terapii ani w warunkach zakładu zamkniętego, ani w warunkach leczenia ambulatoryjnego.

Niewątpliwie istnieje potrzeba wyznaczenia następnych placówek leczenia zamkniętego, gdyż już na etapie analizy akt sądowych pojawiały się informacje o braku miejsc w tego typu ośrodkach.

Warto również rozszerzyć ofertę leczenia ambulatoryjnego. Mimo że obecnie na terenie całego kraju wyodrębnionych zostało przez Ministra Zdrowia 7 placówek tego typu, to w rzeczywistości tylko 2 z nich realizują leczenie a dostęp do nich jest utrudniony ze względu na znaczną odległość od miejsca zamieszkania skazanych.

Mimo wielu zmian, mających – zdaniem ustawodawcy – ujednoczyć oraz uprościć stosowanie środków zabezpieczających, należy stwierdzić, że zasadnicze problemy związane z ich wykonywaniem pozostały bez zmian.

Podsumowując, wypada stwierdzić, że sprawcy przestępstw, którzy popełnili czyny w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, wymagają szczególnego i zarazem odpowiedniego oddziaływania ze względu na fakt, iż czyny przez nich popełniane są wysoce społecznie szkodliwe, w większości przypadków ofiarami zaś są dzieci i – co również istotne – w tego typu czynach pojawia się wiele ofiar. Jak już wspomniano, zaburzenia tego typu nie są wprawdzie uleczalne, ale można nauczyć sprawcę kontroli swoich instynktów.

#### Studium wybranych przypadków:

##### **Przypadek 1.**

Mężczyzna w wieku 41 lat, rozwiedziony, z tego związku posiadał dwoje dorosłych już dzieci, lecz nie utrzymywał z nimi kontaktu, obecnie w konkubinacie. Ukończył zasadniczą szkołę zawodową, zdrowy, bez uzależnień, utrzymywał się z prac dorywczych w gospodarstwie rolnym. Wielokrotnie karany m.in. za przestępstwa o charakterze seksualnym, rozboje i kradzieże. Łącznie w placówkach penitencjarnych spędził 16 lat.

Był badany w zakładzie karnym przez biegłych psychiatrów, którzy stwierdzili dewiację polegającą na onanizowaniu się w sytuacjach stresowych.

Z relacji samego sprawcy wynika, że „wszystkie przestępstwa seksualne, jakich dokonałem polegały na tym samym. Zawsze swoje ofiary wybierałem w autobusach nocnych. Jadąc autobusem wybieram kobietę, która wysiada sama z autobusu, wysiadam na tym samym przystanku, co ona i idę za nią. Idę za wybraną kobietą

onanizuję się. Jeżeli uda mi się dojść do orgazmu zanim kobieta wejdzie do jakiegoś bloku wtedy nie wchodzę za nią tylko uciekam. Jeśli nie uda mi się dojść do orgazmu to wchodzę do klatki schodowej następnie najchętniej do windy. Zatrzymuję windę pomiędzy piętrami i onanizuję się.”

„Po wyjściu z więzienia (w 2010 rok – przyp. autorki) moje dewiacje znów się uaktywniły. Po około czterech miesiącach zacząłem jeździć autobusem nocnym”.

„Mam to w sobie, że przychodzi coś takiego, że muszę wyjść z domu, aby spotkać kobietę, otrzeć się, być blisko, dotknąć, podwinąć sukienkę. Pierwszy raz to się stało, kiedy byłem młody przyciskałem się do kobiet w autobusach aż do wytrysku. Miałem 16 lat. Takie ocieranie robiłem kilka razy w tygodniu. Kiedy miałem 17 lat to pierwszy raz zrobiłem coś takiego, że szedłem za kobietą i onanizowałem się. Robiłem to wtedy gdy miałem wolne wyjścia przebywałem wtedy w niższym seminarium duchownym. Później siedziałem 3 lata. Po wyjściu, kiedy zacząłem pracować, po wyjściu z pracy chodziłem do parku i szedłem za kobietą, onanizowałem się. Robiłem to wtedy, gdy byłem żonaty. Mogłem być nawet bardzo zmęczony, ale aby to zrobić mogłem przejść nawet kilka kilometrów. W 1981 roku byłem za to zatrzymany.”

„Brzydzę się tym, ale nie mogę się powstrzymać, raz mnie zatrzymali i radzili, żebym się leczył.”

„Z tego, co pamiętam to zmusiłem do patrzenia jak się onanizuje sześć kobiet”.

Działal w ten sposób blisko dwa lata (od października 2010 do czerwca 2012 r.), przyznał się do popełnienia co najmniej 6 czynów, z czego faktycznie tylko 3 ofiary zgłosiły się na policję i zawiadomiły o dokonanym zgwałceniu. Cechą charakterystyczną działania sprawcy było to, że jego zachowania przybierały na sile. Pierwsze ofiary zmuszane były do patrzenia, jak mężczyzna się onanizuje, następnie już do wykonania innych czynności seksualnych.

Został zatrzymany, gdyż jedna z pokrzywdzonych kobiet rozpoznała go na przystanku autobusowym (mężczyzna zawsze wsiadał na tym samym przystanku).

Już na etapie postępowania przygotowawczego przyznał się on do popełnienia zarzucanych mu czynów, składając obszernie wyjaśnienia co do przebiegu przestępstw. Złożył również wniosek o dobrowolne poddanie się karze, lecz prokurator nie zgodził się na takie rozwiązanie.

Skazany został na karę 5 lat bezwzględnego pozbawienia wolności z zastrzeżeniem, że ma się ona odbywać w systemie terapeutycznym dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych. Orzeczono również środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k. – kontynuowanie leczenia w zakładzie zamkniętym.

Koniec kary bezwzględnego pozbawienia wolności przypada na marzec 2017 r.

### **Przypadek 2.**

Mężczyzna w wieku 24 lat, kawaler, wykształcenie gimnazjalne, bezrobotny na utrzymaniu matki, zdrowy, bez uzależnień. Wielokrotnie karany za przestępstwa o charakterze seksualnym (art. 200 § 1 k.k.).

Był opiniowany przez biegłych psychiatrów, psychologów i seksuologa, stwierdzono u niego zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii.

Czynu dokonał w pół roku po opuszczeniu zakładu zamkniętego Był wobec niego orzeczony środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k. w postaci leczenia

ambulatoryjnego. Ze względu jednak na brak umowy wskazanej mu placówki z NFZ nie podjął w niej leczenia, następna wytypowana placówka znajdowała się zaś 600 km od jego miejsca zamieszkania. Dlatego sąd wyraził zgodę, aby podjął on leczenie w miejscu zamieszkania i składał zaświadczenia o jego kontynuacji.

Mężczyzna ów podjął wprawdzie leczenie, lecz w półrocznym okresie po opuszczeniu zakładu karnego tylko 3 razy był na wizycie u specjalisty, który wypisywał mu recepty na odpowiednie leki. Nie uczestniczył jednak w oddziaływaniu psychoterapeutycznym z uwagi na to, iż lekarz nie był specjalistą w dziedzinie seksuologii. Sąd ustalił, że „skazany odczuwał, że zwiększa się jego odporność na stosowane leki w wyniku, czego sam zwiększył ich dawkę dwukrotnie. Lecz pomimo odczuwania wzmożonego popędu i świadomości, że leki przestają działać, nie udał się na wizytę do lekarza.”

W połowie marca wspomniany mężczyzna wszedł do szkoły podstawowej (pomimo obowiązującego go zakazu zbliżania się do miejsc, gdzie przebywają dzieci) i udał się do toalety damskiej. W tym czasie w toalecie znajdowała się 7-letnia dziewczynka, której kazał się rozebrać i dotykał jej krocza. Gdy dziecko zaczęło płakać, mężczyzna przeprosił ją i uciekł ze szkoły. Sprawca złożył wyjaśnienia, z których wynikało, że po tym zdarzeniu wyrzucił ubranie, w którym tego dnia chodził, ściął też włosy, aby zmienić wygląd. W szkole bowiem (na korytarzach) zamontowany był monitoring.

Sprawca został zatrzymany 2 dni po popełnionym przestępstwie. W toku postępowania przygotowawczego ustalono, iż sprawca sam jako dziecko był molestowany seksualnie przez swojego dziadka. Sąd wymierzył mu karę 2 lat i 4 miesięcy bezwzględnej pozbawienia wolności oraz orzekł zastosowanie środka zabezpieczającego na podstawie art. 95a § 1 k.k. w postaci leczenia ambulatoryjnego. Ze względu jednak na niepodpisanie odpowiednich umów z NFZ przez najbliższą placówkę prowadzącą tego typu terapię oraz brak miejsc w innej, orzeczony środek ambulatoryjny zamieniono na zakład zamknięty.

Obecnie przebywa on i poddawany jest odpowiedniej terapii w zakładzie zamkniętym w Choroszczy.

### **Przypadek 3.**

Mężczyzna w wieku 41 lat, kawaler, wykształcenie podstawowe, bezrobotny na utrzymaniu matki, zdrowy, uzależniony od alkoholu. Wielokrotnie karany za przestępstwa o charakterze seksualnym z udziałem dzieci (art. 200 § 1 k.k.).

Był opiniowany przez biegłych psychiatrów, psychologów i seksuologa, stwierdzono u niego zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii.

Przyznał się do dokonania zarzucanego mu czynu, zeznając: „ja mam skłonności pedofilskie od dziecka. Zawsze podobały mi się dzieci, szczególnie dziewczynki w wieku nie więcej niż 10 lat. Ja nie wiem, dlaczego tak mi się dzieci podobają. W wieku 18 lat ja rozpocząłem współżycie z kobietami, moja partnerka miała wówczas 16 lat. Ja nie byłem w związku z kobietą, który trwałby dłużej niż 3 miesiące. Mnie kobiety nie pociągały, ja podczas seksu z nimi myślałem o dzieciach.” „Już w wieku 7–8 lat obmacywałem jakąś dziewczynkę w bramie.”

Mężczyzna dokonywał czynów pedofilnych w taki sposób, że robił zdjęcia małym dziewczynkom, kazał im zdejmować ubrania i fotografował je nago. Nie

stosował przy tym przemocy fizycznej bezpośredniej; jeżeli dzieci nie zgadzały się na zrobienie im zdjęć, pozwalał im odejść. „Ja nie lubię jak one piszczą i krzyczą, lubię jak są chętne.” Zachowania takie, jak podkreśla sam sprawca, pojawiły się około roku po opuszczeniu zakładu karnego. Kupił wtedy w lombardzie aparat fotograficzny, którym zamierzał fotografować małe dziewczynki. Przed pobycem w placówce mężczyzna onanizował się, przebywając w towarzystwie dzieci, po odbyciu terapii w zakładzie karnym sprawca podkreślał „ja potrafię zapanować nad tym, aby nie zrobić krzywdy dziecku – to wiem na pewno. Nie potrafię zapanować nad tym by nie onanizować się nad wizerunkami małych dzieci. Najbardziej podobają mi się dziewczynki w wieku 3–4 lat”.

Jako dziecko sam był molestowany seksualnie przez swojego dziadka, sprawa jednak nie została zgłoszona policji. W jednej z opinii seksuologicznych można przeczytać: „zachowania pedofilskie są u podejrzanego utrwalone, przejawiał on takie zachowania od wczesnych lat dziecięcych. Rokowania, że podejrzany wróci do normalnego życia akceptowanego społecznie są znikome. Terapia mogłaby trzymać go ewentualnie tylko w tzw. kontroli”.

Skazany został na karę bezwzględnego pozbawienia wolności w wymiarze 4 lat, odbywanej w systemie terapeutycznym. Orzeczono również środek w postaci powstrzymywania się od przebywania w szkołach, przedszkolach, na placach zabaw oraz w odległości 50 m od nich; przebywania na imprezach masowych organizowanych dla dzieci, na występach dla dzieci, przedstawieniach, spektaklach i projekcjach filmowych. Początkowo czas trwania środka określony został „na zawsze”, jednak sąd drugiej instancji zmienił ten czas na 10 lat.

Data planowanego opuszczenia zakładu karnego przez skazanego to marzec 2018 r.

#### **Przypadek 4.**

Mężczyzna w wieku 34 lat, kawaler, wykształcenie podstawowe, bezrobotny na utrzymaniu matki, zdrowy, uzależniony od alkoholu. Karany za przestępstwa o charakterze seksualnym z udziałem dzieci (art. 200 § 1 k.k.). Leczony psychiatrycznie w związku z tymi zaburzeniami.

Był opiniowany przez biegłych psychiatrów, psychologów i seksuologa, stwierdzono u niego zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii dopiero podczas kolejnego badania.

Nie przyznał się do czynu, tłumacząc, że cała zaistniała sytuacja była żartem. Postawiono mu zaś zarzut usiłowania doprowadzenia małoletniego chłopca do innej czynności seksualnej.

Według opinii biegłych seksuologów „przejawia zachowania pod postacią pedofilii jednak bez faktycznych skłonności do ich realizacji. Przejawia się to w jego zachowaniach wobec młodzieży spokrewnionej i obcej poprzez próby ich dotykania, łaskotania, żarty, wspólne wypalanie papierosów itp. Reasumując mężczyzna, gdy jest trzeźwy kontroluje swoje zachowanie będąc z młodzieżą. Natomiast po spożyciu alkoholu staje się mało krytyczny w ocenie swojego zachowania z nieletnimi, co nie rokuje pomyślnie po większym spożyciu alkoholu.”

Skazany został na karę 2,5 roku bezwzględnego pozbawienia wolności. Orzeczono również środek w postaci zakazu zbliżania się do szkół, internatów, klubów

młodzieżowych przez 10 lat oraz zakaz zbliżania się do pokrzywdzonego przez 5 lat. Orzeczono ponadto środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k. w postaci leczenia w zakładzie zamkniętym. Środek ten został utrzymany w postępowaniu wykonawczym, a Krajowy Ośrodek Seksuologii Sądowej wskazał, jako miejsce jego wykonywania, zakład zamknięty w Choroszczy.

Niniejsza sprawa zrodziła też nieoczekiwane problemy logistyczne, ponieważ policja odmówiła przetransportowania sprawcy do wskazanego zakładu zamkniętego (cytat ze sprawy: „ogniwo konwojowe sprzeciwia się realizacji zleconej czynności.”). W związku z powyższym sąd zlecił przetransportowanie skazanego karetką pogotowia – koszty transportu pokrył w całości sąd rejonowy, wyniosły one 5.728 zł.

Skazany przebywa teraz w ośrodku zamkniętym, gdzie poddawany jest psychoterapii. Z opinii seksuologiczno-psychiatrycznej ośrodka wynika, że „w chwili przybycia do pododdziału miał problemy z dostosowaniem się do regulaminu. Dążąc do konfliktów prowokował pacjentów i personel. Był agresywny dla personelu medycznego, terapeutów i innych pacjentów. Wypowiadał groźby krzycząc, często płacząc, szantażował samouszkodzeniami i samobójstwem. Obecnie pacjent dokonał postępu terapeutycznego. Poprawiło mu się samopoczucie i zdolność kontroli zachowania. Uzyskał większy wgląd w swoje emocje i zachowania, identyfikuje swoje zaburzenia preferencji seksualnych (...) z uwagi jednak, że znajduje się na początku długoterminowego procesu terapeutycznego wskazana jest jego kontynuacja i dalsze stosowanie środka zabezpieczającego”.

Składał wielokrotnie zażalenia na stosowanie środka zabezpieczającego, jak również wnioski o zmianę miejsca jego wykonywania ze względu na dużą odległość od miejsca zamieszkania i związany z tym utrudniony kontakt z rodziną. Sąd rozpatrzył negatywnie składane wnioski.

### **Przypadek 5.**

Mężczyzna w wieku 46 lat, pozostający w konkubinacie, wykształcenie podstawowe, pracujący, zdrowy, bez uzależnień. Karany za przestępstwa o charakterze seksualnym (art. 197 § 1 oraz art. 200 § 1 k.k.). Leczony psychiatrycznie w zakładzie karnym i na wolności w związku z tymi zaburzeniami.

Był opiniowany przez biegłych psychiatrów, psychologów i seksuologa, stwierdzono u niego zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii.

Od początku przyznawał się do dokonania zarzucanego mu czynu i złożył w tej sprawie szczegółowe wyjaśnienia. Czyn polegał na tym, że używając podstęp, polegającego na pokazaniu małego pieska, zwabił dziewczynkę (11 lat) do samochodu, a następnie wywiózł w ustronne miejsce, gdzie dotykał jej i zmuszał do innych czynności seksualnych. Został zatrzymany przez patrol policji.

W toku postępowania przygotowawczego ustalono, że pół roku wcześniej opuścił zakład karny, gdzie przebywał przez 6 lat za dokonanie zgwałcenia małoletniej dziewczyny. Była to jego druga kara bezwzględnego pozbawienia wolności za podobny czyn, gdyż wcześniej dokonał zgwałcenia 22-letniej kobiety. W opiniach biegłych seksuologów podkreślano, że widoczny jest obniżający się preferowany wiek ofiar (22 lata, 15 lat oraz 11 lat). Ustalono również, że był wielokrotnie wykorzystywany seksualnie, będąc dzieckiem (przez ojczyma, sąsiada oraz koleżankę matki).

Ze względu na charakter czynu oraz sposób popełnienia (przetrzymywał



dziewczynkę niemalże całą noc) skazany został na karę bezwzględnego pozbawienia wolności w wymiarze 10 lat, odbywaną w systemie terapeutycznym. Orzeczono również obowiązek powstrzymywania się od przebywania w miejscach przeznaczonych dla małoletnich oraz zadośćuczynienie na rzecz pokrzywdzonej. Obligatoryjnie zastosowano środek zabezpieczający na podstawie art. 95a § 1 k.k. – leczenie w zakładzie zamkniętym.

Skazany nie składał apelacji od wyroku. W jednej z opinii biegłego przytoczono jego wypowiedź, w której stwierdza, że jest bardzo niebezpieczny i obawia się, iż po wyjściu z zakładu karnego może zrobić coś podobnego, tylko tym razem zabije ofiarę, by nie pozostawiać śladów.

Termin planowanego końca kary pozbawienia wolności przypada na marzec 2022 r.

**Słowa kluczowe:** kryminologia, pedofilia, środki zabezpieczające, zaburzenia preferencji seksualnych.

### Summary

#### *Anna Więcek-Durańska – Adjudicating and executing preventive measures in respect of perpetrators of sexual offences displaying sexual orientation disturbances*

*The provision analysed in this paper concerned the application of preventive measures specified in Art. 95a(1) of the Penal Code and remained in force from 2010 to 2015. Its introduction was preceded by a heated debate not only among academics and lawyers; the topic was also broadly commended in the media and undoubtedly aroused controversies among the public. Particular weight was attached to solutions involving the introduction of pharmacological therapy reducing the perpetrator's sex drive, referred to also as chemical castration.*

*The subject seems to be particularly important now, due to the fact that since 2013, i.e. three years after the introduction of those legal regulations, the first sexual offenders in whose case courts adjudicated placement in a secure institution or starting therapy in an outpatient clinic under the then Art. 95a(1) PC (currently Art. 93c(3) PC) left penal establishments.*

*This study is an analysis of case law on this preventive measures and the practice of its implementation. In particular, attention is drawn to the consistency of the applied procedures with the applicable legal regulations, including also the difficulties in implementing this measure. In such serious offences, which affect the sexual freedom of the aggrieved persons, the role of the victim in the criminal and enforcement proceedings cannot be overlooked, especially that the majority of victims are minors. Also the issue of treatment of offenders is important, because due to the nature of the act they perpetrated and the disturbance they display they are in danger of retaliatory actions not only from the public, but also law enforcement bodies and the whole administration of justice.*

**Keywords:** criminology, paedophilia, preventive measures, sexual orientation disturbances.